COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64129004
RC601 .C89 Traite pratique des
RECAP

RC 601 C89

Columbia University
in the City of New York

COLLEGE OF PHYSICIANS
AND SURGEONS

Reference Library
Given by

Dr. J. Arthur Beck

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN PRATICIEN

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES MENTALES

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

Magnétisme et hypnotisme. Exposé des phénomènes observés pendant le sommeil nerveux provoqué, au point de vue clinique, psychologique, thérapeutique et médico-légal, avec un résumé historique du magnétisme animal. — Deuxième édition. 1 vol. in-18, 358 pages avec 28 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1887.

Nervosisme et névroses, 1 vol. in-18, 352 pages, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1887.

Les Frontières de la Folie, 1 vol. in-18, 360 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Recherches sur la période de début de la paralysie générale, 1873 (Thèse récompensée par la Faculté de médecine de Paris).

Etude clinique de la Lypémanie stupide ou mélancolie avec stupeur (Annales médico-psychologiques, 1873). Travail couronné par la Société médico-psychologique (Prix Esquirol, médaille d'or). — *Alcoolisme et délire de persécution*, 1875. — *Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés*, 1876. — *Observation de catalepsie chez un hypocondriaque persécuté*, 1877. — *Paralysie générale et aphasie*, 1878. — *Emploi de la Métallothérapie dans un cas d'hystérie convulsive et vésanique*, 1880. — *De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérôme et le ramollissement jaune*, 1882. — *Des dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux*, 1884. — *Des perversions sexuelles chez les persécutés*, 1886. — *Un cas de somnambulisme spontané et provoqué*, 1888 (Annales médico-psychologiques, 1875-1888).

Du rôle des lésions cardiaques chez les aliénés (Marseille médical, 1880).

Des causes de la paralysie générale chez la femme. — Observations pour servir à l'étude des localisations cérébrales. — Observation d'alcoolisme par le vin de quinquina (Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône, 1879-1880).

Cas d'idiotie avec hypertrophie du cerveau (Archives de Neurologie, n° 37, 1887).

TOURS. — IMP. E. ARRAULT ET Cie.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES MENTALES

PAR

LE Dr A. CULLERRE

DIRECTEUR-MÉDECIN DE L'ASILE D'ALIÉNÉS
DE LA ROCHE-SUR-YON
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Avec tracés graphiques

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, Rue Hautefeuille, près le boulevard Saint-Germain.

1890
Tous droits réservés

PRÉFACE

Ce livre est un inventaire résumé de nos connaissances actuelles en médecine mentale.

En m'efforçant d'être simple et cependant complet, d'être clair et concis tout ensemble, je me suis proposé de répondre à des indications particulières : de faire un livre qui fût à la fois, un manuel pour l'étudiant obligé désormais de cultiver cette branche de la science qui fait aujourd'hui partie de l'enseignement officiel ; un guide pour l'interne des asiles et le débutant dans les études psychiatriques, jetés subitement au milieu de la population grouillante des maisons d'aliénés et déroutés par l'infinité des aspects individuels de la folie ; un vade-mecum pour le praticien appelé chaque jour à formuler un diagnostic, à dresser un certificat ou à rédiger un rapport médico-légal sur un cas d'aliénation mentale.

Les matières qui y sont traitées sont groupées sous quatre chefs :

Les *Préliminaires*, comprenant un court historique de la médecine mentale, quelques considérations relatives à la physiologie pathologique et à la pathogénie de la folie et la classification de ses différentes formes ;

La *Première partie*, consacrée aux questions de pathologie générale ;

La *Deuxième partie*, renfermant la description individuelle de chaque forme d'aliénation ;

Enfin la *Troisième partie*, où est étudiée la médecine légale des aliénés et la législation qui les concerne.

La science a fait de tels progrès depuis vingt-cinq ou trente ans, que malgré mon ferme propos de demeurer classique, le moule des anciens traités, qui, comme celui de Marcé (1), par exemple, ont été jusqu'en ces derniers temps si appréciés du public médical, ne pouvait me servir tel quel. Ne voulant pas le briser, car l'ère des solutions radicales ne me paraît pas arrivée, je me suis contenté de le modifier dans quelques-unes de ses parties. Aux formes cliniques anciennement admises et encore debout, j'ai ajouté une forme nouvelle : le *délire systématisé* à évolution progressive, jadis confondu avec les monomanies, entrevu par Morel, décrit partiellement par Lasègue sous le nom de *délire de persécution*, et définitivement admis sous des noms divers par les spécialistes actuels dont le nom fait autorité. J'ai remplacé les *monomanies* encore décrites par Marcé en 1862, mais déjà reniées par ses contemporains, par la *folie héréditaire* qui, à de simples entités psychologiques éparses et sans base clinique, substitue la notion d'une affection permanente des centres nerveux, à manifestations variables, il est vrai, selon le sujet et le moment, mais rattachées les unes aux autres par le lien continu de la dégénérescence.

Pour introduire dans la classification des maladies mentales ces innovations d'ailleurs acceptées

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales* ; Paris, 1862.

déjà par un certain nombre de médecins, je n'ai eu qu'à m'inspirer des mémorables discussions qui ont eu lieu ces années dernières à la Société médico-psychologique de Paris, et où, malgré des divergences de détail, l'existence de la folie héréditaire de Morel et du délire systématisé à évolution progressive a été défendue avec talent par MM. Magnan et Jules Falret, et semble être sortie victorieuse de l'épreuve.

En somme, la classification que j'ai adoptée ne diffère pas sensiblement de celle que le premier de ces aliénistes a préconisée, et qu'une commission de la Société médico-psychologique proposait récemment à ses suffrages comme base d'une classification internationale.

Un livre comme celui-ci doit refléter les idées d'une époque plutôt que celles d'un individu. C'est pourquoi les matériaux que m'ont fourni mes études spéciales sur quelques points limités de la science, et que m'a permis de recueillir une pratique déjà longue dans les asiles d'aliénés, ne font que s'ajouter à la masse de ceux que j'ai empruntés aux plus éminents manigraphes et neurologistes contemporains parmi lesquels il convient de citer Lasègue, MM. Baillarger, Charcot, J. Falret, A. Voisin, Magnan, Luys, Ball, Bourneville, etc. C'est en grande partie aux travaux de ces maîtres que je dois d'avoir pu concevoir et mener à bien l'exécution de cet ouvrage dont chaque page témoigne de leur science et rend hommage à leur talent.

Juin 1889.

A. Cullerre.

Article Premier

ANTIQUITÉ

Hippocrate (460 ans avant J.-C.) a le premier posé nettement en principe que la folie est une affection cérébrale : « Il faut savoir que, d'une part, les plaisirs, les joies, les ris, les jeux ; d'autre part, les chagrins, les peines, les mécontentements et les plaintes ne nous viennent que du cerveau. C'est par là que nous pensons, comprenons, voyons, entendons, que nous connaissons le laid et le beau, le mal et le bien, l'agréable et le désagréable. C'est encore par là que nous sommes fous, que nous délirons, que des craintes ou des terreurs nous assiègent, soit la nuit, soit après la venue du jour (1). » Cependant, il n'a laissé aucune étude d'ensemble sur les maladies mentales, et la plupart des descriptions isolées qu'il en donne manquent de clarté.

Qu'était-ce que la *phrénitis* qu'il localise au centre phrénique? Le délire aigu fébrile, sans doute, peut-être la manie.

Il a mieux connu la *mélancolie* dont il a tracé quelques traits exacts. Il décrit l'état anxieux, les terreurs, les songes effrayants, ainsi que le malaise général et les troubles digestifs qui l'accompagnent.

Il a noté au passage le délire alcoolique, a décrit des cas isolés de manie et d'hypocondrie, enfin a montré qu'il connaissait les relations de la folie et de l'épilepsie dont il donne une description exacte.

Quant aux causes qui rendent le cerveau malade, elles résident pour lui dans les humeurs : de là ces remarques qui n'ont plus rien à voir avec l'observation clinique, que les fous par l'effet de la pituite sont paisibles, tandis que les fous par l'effet de la bile sont criards, malfaisants et toujours en mouvement.

Arétée de Cappadoce (80 ans après J.-C.) a sur le système

(1) Hippocrate, *De la maladie sacrée*. Traduction Littré; Paris. 1849.

nerveux des connaissances théoriques et cliniques bien plus précises que ses devanciers. Non seulement il place dans le cerveau le siège du mouvement et de l'intelligence, mais encore il connaît l'action croisée des centres nerveux, ce qui lui permet de fournir une explication rationnelle de la façon dont se produisent les paralysies.

Sa description de la mélancolie est d'une exactitude remarquable : « La mélancolie ne trouble pas tout à fait les facultés intellectuelles. Les malades sont tristes, consternés; leurs digestions deviennent pénibles, ils ont des flatuosités, des éructations fétides. Parfois de sombres accès de fureur succèdent à leur chagrin.....

« La mélancolie commence souvent sans aucune cause connue : les malades deviennent inquiets, tristes, abattus, tombent dans la torpeur, entrent facilement en colère, cessent de dormir ou se réveillent fréquemment en sursaut; ils tremblent au moindre bruit, ou sont continuellement saisis de terreur ; si l'affection fait des progrès, ils sont changeants, inquiets pour les moindres choses... Les angoisses de leur esprit sont fixées et inhérentes sur une même pensée; ils sont sans fièvre.....

« Les mélancoliques ont plusieurs formes de délire. Ils craignent qu'on ne veuille leur donner du poison; ou bien pris de haine pour les hommes, ils fuient dans la solitude, ou s'adonnent superstitieusement aux pratiques religieuses, ou prennent la lumière et la vie en horreur; leurs sens et leur esprit acquièrent quelquefois un redoublement de finesse et de pénétration; ils deviennent soupçonneux et d'une habileté extrême à voir partout des dispositions nuisibles.....

« A une époque plus avancée, ils se plaignent de mille futilités et désirent la mort. Il n'est pas rare de voir leur sensibilité et leur intelligence tomber dans un tel état de dégradation, que, plongés dans une ignorance absolue, s'oubliant eux-mêmes, ils passent le reste de leur existence comme des bêtes brutes; l'habitude de leur corps perd toute sa dignité humaine; leur peau se couvre insensiblement d'une couleur sale, mélange d'une teinte de noir et de vert. »

Voyons maintenant le tableau qu'il trace des symptômes et des causes de la manie, qu'il distingue soigneusement du délire fébrile et des délires toxiques :

« Les hommes les plus sujets à la manie sont les gens naturellement irritables, violents, aisément adonnés à la joie, d'un esprit facile à la plaisanterie et aux choses puériles, ou ceux que leur position applique beaucoup aux affaires. C'est à l'âge où il a le plus de sang et de chaleur que l'homme est le plus exposé à la manie, au moment de la puberté, dans la jeunesse et la virilité. Les excès de table, l'ivresse, l'abus des plaisirs vénériens, ou les désirs longtemps prolongés qu'ils peuvent exciter, sont des causes fréquentes de cette maladie. Il en est de même de toute suppression d'une fonction habituelle, telle que sueur ou hémorragie périodique, de celle des règles chez les femmes, ou de la difficulté qu'elles peuvent avoir à s'établir chez les jeunes filles auxquelles il ne manque plus que cette condition de sensibilité. Les malades dont le délire est gai, rient, jouent, dansent jour et nuit, s'irritent sans contrainte en présence de tous les assistants, se couvrent la tête de couronnes comme s'ils revenaient victorieux du combat et n'essaient de faire mal à aucun de ceux qui les rencontrent. D'autres, au contraire, plongés dans un délire furieux, déchirent leurs vêtements, sont disposés à tuer leurs surveillants, à maltraiter tous ceux qui se trouvent devant eux et à diriger leurs coups contre eux-mêmes. »

Arétée a observé le délire hypocondriaque des formes graves de la mélancolie et de la paralysie générale : « L'un s'imagine être une bouteille d'huile dont il craint à chaque instant la chute ; un autre, se croyant une motte de terre, refuse de boire de peur de se ramollir ». Il a signalé les erreurs des sens et les hallucinations, et tracé en quelques lignes une esquisse saisissante de la folie religieuse : « Les malades déchirent leurs propres membres par esprit de religion et pour en faire une sorte d'hommage aux dieux qui leur demandent ce sacrifice. Ce genre de délire est la conséquence d'une conviction profonde, et laisse parfois ceux qu'il tourmente gais, malgré les douleurs qu'ils font, exempts de tout souci et comme affiliés aux divinités. Ces malades sont en général décolorés, maigres et affaiblis par le mal qu'ils se sont fait ou qu'ils cherchent à se faire (1). »

(1) U. Trélat, *Recherches historiques sur la folie;* Paris, 1839.

Les descriptions si conformes à la vérité clinique, que nous nous sommes laissé aller à reproduire, donnent une haute idée du mérite d'Arétée, et lui font plus d'honneur que ses théories physiologiques basées sur l'existence d'un *pneuma* ou substance aérienne animant toute l'économie et dont le trouble est cause des diverses maladies.

Soranus (97 ans après J.-C.) et son traducteur Cœlius Aurélianus (230 ans après J.-C.) qui nous a conservé ses ouvrages, ont ajouté à l'œuvre d'Arétée de nouvelles connaissances recueillies avec le même esprit d'observation sagace et pénétrant.

Nous trouvons, dans les écrits de Cœlius Aurélianus, une description saisissante du délire aigu, avec sa marche rapide, ses symptômes de plus en plus graves, et sa terminaison par les convulsions, le coma et la mort. Les signes qui le différencient de l'aliénation mentale sont soigneusement relevés : La fièvre, la fréquence et surtout la petitesse du pouls, le crocidisme, la carphologie.

Il donne de la manie une description plus complète, sinon plus exacte que celle d'Arétée. Il a, en effet, le tort de confondre avec elle certains délires monomaniaques, dont quelques traits, — par exemple, le refus d'uriner de peur de causer un nouveau déluge — rappellent d'assez près la paralysie générale.

Sur le traitement des maladies mentales, il fait les remarques les plus judicieuses. Il recommande l'isolement; prémunit contre l'abus des moyens de contrainte : Les moyens de répression employés sans ménagement, dit-il, augmentent et même font naître la fureur au lieu de l'apaiser. Et ce n'est pas la seule preuve qu'il donne de sa connaissance des bons effets du traitement moral; il prescrit en effet, suivant les indications du délire, de chercher à modifier l'état des malades par les impressions morales vives, les idées gaies, les nouvelles réjouissantes.

Il recommande, dans la manie, les antiphlogistiques, les émollients, les ventouses scarifiées et les sangsues sur la partie supérieure du corps, le cou, l'occiput et les tempes, et même s'il est nécessaire, sur la tête rasée. Mais il proteste contre les traitements débilitants ou violents, contre l'abus de l'obscurité, souvent nuisible, contre la diète qui épuise les malades, contre les chaînes, le fouet,

les violences corporelles, traitements déplorables qui ne font qu'aggraver l'état des malades. Ces sages préceptes semblent d'hier, tant ils rappellent l'œuvre de Pinel. Il repousse les médicaments narcotiques, les applications irritantes, celle du froid en particulier, qui produit une excitation nuisible. Il s'élève contre l'emploi de l'ivresse comme moyen thérapeutique, « comme si, dit-il, la maladie n'était pas fréquemment causée par les excès de vin ! » Ceci est une réponse anticipée à ceux qui, de nos jours, refusent au vin une action toxique qu'ils réservent exclusivement pour les alcools de fabrication.

Celse (5 ans après J.-C.) n'a rien laissé d'original sur les maladies mentales. Comme ses prédécesseurs, il décrit la phrénésie, la manie et la mélancolie, et a observé les hallucinations. Ses préceptes thérapeutiques sont judicieux, sauf en ce qui concerne les châtiments corporels, qu'il a le tort de conseiller.

Galien (131 ans après J.-C.) a une physiologie cérébrale assez avancée. Pour lui, le cerveau est le siège de l'intelligence, ce que prouve l'observation pathologique. En effet, la compression du cerveau détermine à l'instant la perte du sentiment ; les coups sur la tête sont suivis d'assoupissement et de coma ; les inflammations de cet organe, enfin, sont toujours accompagnées de troubles dans l'exercice de la pensée. En résumé, il pense, bien qu'il ne puisse tenter la localisation de ces diverses facultés, que le cerveau est à la fois « le foyer des mouvements volontaires, de l'intelligence, du sentiment et de la mémoire ». A côté de ces idées nettes, on trouve malheureusement un luxe décourageant d'hypothèses bizarres pour expliquer le fonctionnement des organes, la genèse des maladies et le mécanisme de la vie matérielle et psychique.

On ne trouve chez lui aucune donnée nouvelle sur l'aliénation mentale. Il signale les phénomènes hallucinatoires, et semble avoir apprécié l'importance des phénomènes critiques dans la mélancolie, tels que l'apparition du flux hémorroïdaire, les métrorragies et le retour des règles après leur suppression.

Galien est le dernier des savants de l'antiquité qui ait émis quelques idées originales sur les fonctions et les maladies du cerveau. Après lui, les médecins ne font que

répéter ce qu'ont dit les anciens en déformant leurs idées et en accentuant encore la fausseté et la bizarrerie de leurs doctrines physiologiques.

Alexandre de Tralles (560 après J.-C.) mêle les superstitions et les pratiques les plus ridicules aux préceptes si sensés des anciens.

Paul d'Egine (630 après J.-C.), moins barbare, n'ajoute cependant au bagage de ses prédécesseurs qu'une description de la lycanthropie : « La lycanthropie est une variété de la mélancolie. Les lycanthropes sortent la nuit de leur domicile, cherchent à imiter les loups, et vont errer autour des tombeaux jusqu'à ce que le jour paraisse. Leur visage est pâle, leurs yeux sont secs, leur regard incertain, leur langue aride, leur soif immodérée; leurs jambes sont souvent déchirées par les buissons dans lesquels ils vont errer (1). »

Les médecins arabes, Avicenne, Rhasès (xe siècle), n'ont rien laissé de nouveau sur la folie. Ils expriment cette idée, déjà émise par Galien, et qui a été reprise de nos jours par quelques médecins allemands, que dans la mélancolie, le cerveau n'est pris que sympathiquement, et que la cause première de la maladie siège dans les divers organes, l'estomac, le foie, la rate, l'utérus. A côté de ces doctrines erronées, mais encore scientifiques, des explications puériles, empruntées au domaine du merveilleux et du surnaturel. Plus d'observation clinique, plus de critique, plus d'esprit scientifique. Depuis le premier siècle, au lieu d'avancer, la science recule.

Article II

RENAISSANCE ET TEMPS MODERNES

Au moyen âge, la tyrannie des idées religieuses annihile les traditions scientifiques léguées par les siècles passés. Le dogme impose partout ses entraves à l'observation libre, et dans le domaine que nous explorons, la folie

(1) U. Trélat. *loc. cit.*

cesse d'être une maladie. Elle ne dépend plus d'une cause naturelle, mais est due à l'intervention des légions diaboliques qui, échappées de l'enfer, s'acharnent à détourner l'homme de la voie divine. Le fou devient un possédé qu'on traite par les exorcismes et les flammes du bûcher.

Ces interprétations théologiques d'un phénomène naturel trouvent peut-être quelque excuse dans la forme que revêtait alors presque universellement le délire de l'aliénation mentale. Toute folie, sauf de rares exceptions, était une folie religieuse et le malheureux halluciné était le premier à s'accuser d'avoir commerce avec les démons, de se livrer aux sortilèges et de prendre part aux sacrilèges et aux profanations du sabbat des sorciers.

Quoi qu'il en soit, les notions médicales des anciens sur la folie étaient universellement méconnues, et ne trouvaient plus d'application. Il est pourtant curieux de constater que, quand elle n'empruntait pas le masque religieux, la folie pouvait, dans quelques cas, être considérée comme un état morbide et attribuée à une cause naturelle. Ainsi l'inquisiteur Nider, peu suspect en pareille matière, cite des exemples de dérangement d'esprit : un citoyen de Cologne, halluciné, se croyant dédoublé ; une jeune femme mélancolique, s'accusant de fautes imaginaires, craignant d'être poursuivie par la justice et de causer la perte des siens ; un père de famille, atteint de la même maladie, qui se crut mort et succomba ; un autre individu très riche, dont le délire consistait à se croire ruiné et réduit à la mendicité ; un artisan qui se disait damné sans espoir de salut; un professeur, atteint de folie suicide avec conservation de la conscience. Tous ces gens-là, pour lui, n'avaient d'autre tort que d'avoir l'esprit malade.

Mais cette saine et juste interprétation des faits était, répétons-le, absolument exceptionnelle. Pendant le XVe siècle, inquisiteurs et théologiens veulent prouver à l'envi qu'une multitude d'aliénés doivent être poursuivis et punis comme hérétiques.

Pendant le XVIe, on voit les hommes les plus savants et les plus remarquables par l'étendue de leur esprit, ajouter une foi aveugle à l'origine surnaturelle d'une foule de maladies. « Parmi les noms dont l'autorité a contribué à

rendre tout à fait populaire l'idée que la monomanie, l'hystéro-démonopathie, la zoanthropie, l'obsession diabolique, ne constituent point de simples dérangements fonctionnels, dit Calmeil (1), je citerai surtout ceux de de Lépine, de Fernel, d'Ambroise Paré, de Bodin, de Leloyer, de Boguet. L'on ne devra jamais prononcer qu'avec vénération les noms de Ponzinibius, d'Alciat, du courageux Wier, de Pegray, de J.-B. Porta, de Montaigne, qui ont eu la gloire de faire comprendre aux savants que les phénomènes attribués au commerce de l'homme avec les êtres surnaturels sont du ressort de la pathologie, et que la société se montrait barbare en souscrivant froidement au supplice d'une infinité d'aliénés susceptibles, pour la plupart, de recouvrer l'usage de la raison. »

Fernel (1497-1558) à la fois grand médecin et grand mathématicien, possède, sur les différentes formes de la folie, quelques notions qu'il semble avoir empruntées aux anciens, à Hippocrate, à Galien, qu'il cite souvent. Mais en même temps, il croit aux esprits malins, aux enchantements, aux incantations, aux talismans, et à la puissance qu'en tirent les sorciers. Théoriquement, le maniaque est bien pour lui un malade, mais pratiquement, ce n'est plus qu'un possédé, car il déclare que les possédés ressemblent souvent aux maniaques ordinaires et qu'il a été témoin de délires causés par la présence du démon.

Ambroise Paré (1517-1590), le père de la chirurgie française, ne voit dans la folie que l'œuvre du diable. Les sorciers, qui font un pacte avec lui, deviennent possesseurs de moyens subtils à l'aide desquels ils dérangent la santé en lésant l'entendement et les principales fonctions organiques. En face d'un cas d'hystérie, il reste perplexe avec les meilleurs médecins de son temps. Au bout de trois mois il croit enfin découvrir que le démon est l'auteur de tout le mal.

Ce n'est qu'à partir du XVIIIe siècle que, grâce aux énergiques protestations des écrivains que nous avons énumérés précédemment, les esprits reviennent peu à peu

(1) L.-P. Calmeil, *De la folie considérée au point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*; Paris, 1845.

à une interprétation plus rationnelle des phénomènes de l'aliénation mentale.

Baillou (1538-1616) se contente de reproduire les idées de Galien, mais repousse toute intervention des causes surnaturelles, rapporte quelques observations variées de folie et d'épilepsie et s'attache à décrire l'hystérie et les affections vaporeuses.

Félix Plater (1536-1614) a fait des efforts remarquables pour isoler les principales formes de trouble mental et en dresser une classification psychologique. Il les divise en quatre classes dont les deux premières répondent aux démences, à l'imbécillité et à l'idiotie, la troisième aux affections convulsives et apoplectiques accompagnées de désordres intellectuels, et la quatrième aux aliénations proprement dites. Dans cette dernière, il range la frénésie, la manie, la mélancolie, l'hypocondrie, la chorèomanie, dont il donne de bonnes descriptions. Depuis l'antiquité, aucun auteur n'avait montré un tel esprit d'observation. Il rapporte de nombreux exemples d'aliénation mentale, dont quelques-uns sont demeurés célèbres. Tels sont deux cas de folie homicide ; celui d'une femme qui chérissait son mari et qui éprouvait le désir de le tuer pendant son sommeil; et celui d'une mère qui, pendant sa grossesse et plus tard quand elle l'allaitait, éprouvait une impulsion irrésistible à tuer son enfant. Toutefois Plater n'est pas tout à fait débarrassé des superstitions de son époque et croit encore à l'intervention des démons et à la possession démoniaque.

Charles Lepois (1563-1633) a fait preuve, dans ses études de pathologie cérébrale, d'un véritable talent d'observation et d'une grande sûreté de jugement. Il s'est surtout attaché à décrire l'hystérie convulsive, qu'il attribue à un état morbide des centres nerveux, ce qui était, pour son temps, une audace scientifique.

Sennert (1572-1637), reconnaît dans le cerveau l'instrument de l'intelligence, et se fondant sur la fréquence de la lésion d'une faculté sans altération des autres, se demande s'il n'y a pas lieu de leur reconnaître à chacune un siège isolé dans le cerveau. Dans tous ses écrits, on retrouve le souci de la méthode scientifique, dont il reconnaissait l'importance. En dehors de ses vues générales vraiment

remarquables, il n'a guère fait que relater ce que les anciens ont écrit sur la folie. Mais il croit encore à la possession démoniaque et à la transformation corporelle des lycanthropes.

Sylvius Deleboë (1614-1672) étudie les symptômes propres aux affections du système nerveux, et le mode de fonctionnement des divers appareils sensoriels. Bien qu'il se vante d'avoir guéri, par un traitement purement moral, de nombreuses affections mentales, il n'a rien laissé à ce point de vue qui mérite d'être rappelé. Notons cependant qu'il a reconnu le rôle de l'hérédité dans les affections mélancoliques et le caractère incurable du délire des grandeurs.

Thomas Willis (1622-1675) mérite de nous arrêter plus longtemps. Ce médecin célèbre, par l'étendue et la précision de ses connaissances en pathologie mentale semble tout près de nous, bien qu'il sacrifie, lui aussi, aux préjugés de son époque, à la croyance aux sorciers et à des doctrines abstruses basées sur l'existence des esprits animaux. Il décrit la manie, la mélancolie, le délire aigu, les affections convulsives. Ses descriptions ont réellement la précision moderne. Il connaît l'influence étiologique de l'hérédité, et note les principales causes déterminantes de la folie actuellement admises. Il fait observer combien nombreux sont les aspects que revêt le délire dans la mélancolie et a observé la forme grave du délire hypocondriaque. « Quelques-uns, dit-il, se croient morts et demandent qu'on s'occupe de leurs funérailles ; d'autres croient avoir un corps de verre et prennent les plus grandes précautions pour éviter le choc des objets extérieurs. » Il remarque que, tandis que certains mélancoliques manifestent toutes sortes d'idées déraisonnables, il en est qui concentrent leur attention sur un objet exclusif, ce qui permet de diviser la mélancolie en générale et en partielle. Il a fidèlement décrit la mélancolie amoureuse, le délire de jalousie, la mélancolie religieuse. La mélancolie, selon lui, peut dégénérer en démence, être remplacée par la manie, se compliquer d'accidents cérébraux. Bien qu'il ait confondu la démence avec la stupeur et avec l'idiotie, il a signalé l'existence des démences précoces chez les adolescents, et celle qui survient consécutivement à l'épilepsie.

Willis, enfin, insiste longuement sur le traitement des affections mentales et donne de sages préceptes à ce point de vue, mais on peut lui reprocher d'avoir contribué à faire naître l'abus des émissions sanguines et à maintenir les mesures de rigueur contre les aliénés.

Sydenham (1624-1689) ne traite qu'incidemment de l'aliénation. Tandis qu'il recommande dans la manie la saignée et les purgatifs, il fait une exception pour la manie consécutive aux fièvres intermittentes, contre laquelle il vante un traitement tonique et fortifiant.

Th. Bonet (1620-1689) n'ajoute rien aux connaissances cliniques précédemment acquises sur la folie, mais partisan de l'action sympathique exercée par les organes malades sur le cerveau, il recherche avec soin, chez certains aliénés, les altérations viscérales susceptibles d'expliquer les troubles intellectuels concomitants. Dans certains cas de folie partielle, le délire doit, selon lui, être rattaché aux lésions de la rate, de l'estomac, du foie ou des organes sexuels. Ainsi à l'autopsie d'un hypocondriaque prétendant avoir une grenouille dans l'estomac, Bonet trouve un cancer du pylore. Dans plusieurs cas de nymphomanie, il constate une tuméfaction énorme des ovaires. Aussi distingue-t-il soigneusement la nymphomanie de l'hystérie, confusion encore répandue aujourd'hui. Mais tout en examinant les viscères, il négligeait le cerveau, ce qui rend son œuvre incomplète et en diminue la valeur.

A partir du XVIIIe siècle, le joug écrasant de la théologie est peu à peu secoué dans toutes les branches de la science. Les nouvelles méthodes introduites par Bacon et par Descartes commencent à porter leurs fruits. Au lieu de spéculer uniquement sur des idées préconçues, on se met à observer les phénomènes, et l'ère des découvertes s'ouvre non seulement pour la physique, l'astronomie, la chimie, mais aussi pour la médecine.

Vieussens (1641-1720) fonde l'anatomie du système nerveux, mais il se perd encore dans des théories d'une fantaisie singulière chez un si grand esprit. Ce n'est pas qu'il méconnaisse — au contraire — le rôle des centres nerveux dans l'exercice de la sensibilité et de l'intelligence, mais il cherche de ces fonctions et de leurs troubles des expli-

cations empruntées à une chimiatrie et à un humorisme de pure imagination, au lieu de s'attacher aux données de l'anatomie pathologique, qu'il cultivait cependant avec tant d'ardeur.

Boerhaave (1668-1738) édifie avec un succès inconnu avant lui une physiologie rationnelle du système nerveux. Il émet cette idée féconde que les lésions du cerveau sont dignes de la plus grande attention, car c'est à lui qu'aboutissent tous les ébranlements qui produisent les sensations, c'est en lui que se forment les idées, c'est de lui que naît l'impulsion qui met en jeu les muscles des mouvements volontaires.

Il décrit avec exactitude la manie, qu'il distingue du délire aigu, la mélancolie et surtout la stupeur, dont il trace en quelques lignes tous les symptômes essentiels. Mais ses théories mécaniques déparent un peu la haute valeur scientifique de ses travaux. C'est à la malignité du sang et à l'atrabile qu'il attribue l'origine des maladies mentales. L'atrabile, en circulant dans tout le corps, cause la mélancolie ; en s'épaississant et en se fixant dans la rate et les autres viscères elle détermine l'hypocondrie.

Bientôt, cependant, sous l'influence des immortels travaux de Morgagni (1682-1771), les idées humorales sont peu à peu délaissées, et l'on commence à s'attacher à l'examen des solides. C'est à lui qu'est due la première étude sérieuse concernant l'anatomie pathologique du cerveau. L'épaississement de la dure-mère et l'hypertrophie de quelques-unes de ses parties, l'infiltration séreuse de la pie-mère, les ramollissements partiels du cerveau et du cervelet, l'induration de la glande pinéale, l'injection et l'état kystique des plexus choroïdes, des changements de coloration de la substance grise, et surtout l'induration de la masse cérébrale, ont principalement attiré son attention dans ses autopsies d'aliénés.

Sauvages (1706-1767) est surtout connu comme nosologiste. En décrivant dans une même classe sous le nom de *vésanies* tous les troubles de l'esprit ; en donnant de chaque variété morbide une description succincte mais claire ; en groupant en un seul faisceau tous les matériaux épars de la pathologie mentale, il a contribué dans une certaine mesure aux progrès de cette science.

Il divise la classe des vésanies en quatre ordres : 1° les *hallucinations;* sous ce nom, il englobe le vertige, le tintouin, la berlue, la diplopie, l'hypocondrie, le somnambulisme; 2° les *morosités* qui comprennent le pica, la boulimie, la polydipsie, l'antipathie, la nostalgie, la terreur panique, le satyriasis, la nymphomanie, le tarentisme, la rage; 3° les *délires*, démences, manies, mélancolie, démonomanie; 4° les *folies anomales*, qui sont l'oubli et l'insomnie. Malgré ses imperfections qui sautent aux yeux, cette classification a exercé une influence favorable sur les travaux des médecins postérieurs.

Lorry (1725-1777) a surtout étudié l'hypocondrie et l'hystérie (1); mais ses théories relevant tour à tour de l'humorisme et du solidisme rendent parfois sa pensée obscure. Ainsi il décrit une mélancolie *humorale*, causée par l'atrabile, et une *mélancolie nerveuse*, qu'il attribue à une modification des centres de l'inervation. Ces deux espèces peuvent aussi se mélanger pour constituer une forme mixte, à la fois délirante et spasmodique.

Cullen, enfin, (1712-1790) met en relief toute l'importance du système nerveux, auquel il attribue, en raison de ses deux propriétés, l'irritabilité et la sensibilité, une part prépondérante dans la production des maladies. Il fait de grands efforts pour donner une direction rationnelle à l'étude de la folie. Il établit les avantages des investigations anatomo-pathologiques, qui aboutissent le plus souvent à la constatation de lésion dans le cerveau des aliénés. Il range les maladies mentales dans la classe des névroses dont, sous le nom de manie et de mélancolie, elles forment la quatrième classe. Il étudie avec soin les divers délires, et insiste sur le délire partiel, qu'il considère d'ailleurs comme peu fréquent. Enfin, comme moyens thérapeutiques, il vante la saignée et commande de laisser aux aliénés la plus grande liberté, tout en admettant que dans quelques cas on peut retirer de bons effets des punitions corporelles.

(1) Lorry, *Traité de la mélancolie*.

Article III

ÉPOQUE CONTEMPORAINE

Malgré les progrès réalisés dans les idées générales et dans les méthodes, on voit que depuis le xve siècle, époque où elle reprit sa place dans les cadres de la pathologie, l'aliénation mentale avait plutôt aspiré que réussi à marcher dans la voie des perfectionnements. La faute en fut sans doute plus aux choses qu'aux hommes ; à la façon barbare dont étaient universellement traités les aliénés ; à l'absence d'établissements consacrés à les recueillir et où le clinicien eût trouvé un milieu fécond en observations et favorable aux progrès de la clinique. Il ne fallait rien moins qu'une révolution qui relevât les aliénés à la fois à la dignité d'hommes et de malades, et permit de les soigner et de les observer dans des conditions satisfaisantes pour l'humanité et fructueuses pour la science. Ce fut Philippe Pinel, un français, qui eût le mérite de la provoquer.

Avec Pinel (1745-1826), en effet, commence une ère nouvelle, grâce surtout aux réformes humanitaires dont il fut l'initiateur. Chargé sucessivement du service des aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière, il trouva ces malheureux enfermés dans d'étroits cabanons, souterrains, humides, privés d'air et de lumière, avec un peu de paille pourrie en guise de lit et des haillons pour vêtements. La plupart étaient chargés de chaînes de fer ou garrottés, livrés ainsi sans défense à la brutalité de leurs gardiens qu'on choisissait parmi les malfaiteurs. Les jours de fête, on les donnait en spectacle aux curieux, moyennant rétribution.

Au nom de l'humanité, Pinel éleva d'énergiques protestations contre ces odieux traitements, et parvint à faire entendre sa voix et à faire agréer ses plans de réforme. Son premier soin fut de faire tomber les chaînes (1792) et de rendre aux malades un peu de liberté, d'air et de lumière, et aussitôt, dit-il, les mêmes aliénés qui, réduits

aux chaînes pendant une longue suite d'années, étaient restés dans un état constant de fureur, se promenaient ensuite tranquillement avec un simple gilet de force et s'entretenaient avec tout le monde, tandis qu'auparavant on ne pouvait en approcher sans le plus grand danger.

Ses soins se portèrent ensuite sur l'organisation générale des hospices d'aliénés. Il recommande de créer des établissements spéciaux ; indique quels en doivent être les plans, la distribution intérieure; recommande le classement rationnel des malades suivant l'état mental et le genre de délire ; en un mot jette les bases du véritable traitement moral de la folie. « Tenir, s'écrie-t-il, dans un état habituel de réclusion et de contrainte les aliénés extravagants; les livrer sans défense à la brutalité des gens de service, sous prétexte des dangers qu'ils font courir ; les conduire en un mot avec une verge de fer, comme pour accélérer le terme d'une existence qu'on croit déplorable, c'est là sans doute une méthode de surveillance très commode, mais aussi très digne des siècles d'ignorance et de barbarie ; elle n'est pas moins contraire aux résultats de l'expérience qui prouve que cet état de manie peut-être guéri dans un grand nombre de cas, en accordant à l'aliéné une liberté limitée dans l'intérieur de l'hospice, en le livrant à tous les mouvements d'une effervescence non dangereuse, ou du moins en bornant la répression au gilet de force, sans omettre les autres règles du traitement moral dont son état est susceptible. Rien n'est plus constaté que l'influence puissante qu'exerce le chef d'un hospice d'aliénés lorsqu'il porte dans sa place le sentiment de sa dignité et les principes de la philanthropie la plus éclairée. »

Les efforts de Pinel portèrent encore sur la réforme du traitement médical alors appliqué aux aliénés. A Paris, on les divisait en deux catégories, les curables et les incurables. Les premiers étaient conduits à l'Hôtel-Dieu où ils étaient immédiatement soumis à un traitement particulier : on leur administrait force bains et douches, on leur pratiquait des saignées répétées, et on les tenait fixés sur leurs lits dans une immobilité forcée. Après un ou deux mois de ce régime, les malades tombaient dans une stupeur profonde ou dans la démence incurable et on

les reléguait à Bicêtre et à la Salpêtrière. Pinel obtint la suppression de ce traitement barbare et l'admission immédiate des malades dans les hospices spéciaux où ils pourraient recevoir les soins appropriés à leur état.

Comme savant, Pinel est assurément moins remarquable que comme réformateur, et n'a provoqué aucune révolution scientifique. Il reconnaît quatre formes d'aliénation mentale : la manie, ou délire général avec agitation et fureur ; la mélancolie, la démence et l'idiotisme ; il confond avec les deux dernières le crétinisme et la stupeur mélancolique. — Tout en se demandant s'il est possible qu'un médecin puisse traiter toutes les altérations ou les perversions des fonctions de l'entendement humain s'il n'a profondément médité les écrits de Locke et de Condillac, il se montre lui-même moins soucieux de ce précepte que des données de la clinique, et son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1) est plus l'œuvre d'un médecin que d'un philosophe. Ce livre, malgré ses imperfections, n'en fait pas moins époque dans la science par les vues élevées qu'il renferme et les sages préceptes qu'on y trouve pour la première fois formulés relativement au traitement général et individuel, moral et médical des malades atteints d'aliénation mentale.

Esquirol (1772-1840) son disciple, grâce à la grande autorité que lui valurent son caractère, son talent, sa vaste expérience et ses admirables travaux, donna à l'œuvre de Pinel une impulsion irrésistible. Persuadé qu'une maison d'aliénés est un instrument de guérison et l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales entre les mains d'un médecin habile, il réussit à provoquer dans la France entière d'importantes réformes en faveur des aliénés, perfectionna divers établissements de la capitale, et vit s'élever sur ses plans un certain nombre d'asiles de grandes villes.

C'est en ces termes, d'une tristesse indignée, qu'il signalait en 1818 au ministre de l'intérieur, les résultats d'une enquête dont il l'avait chargé sur le sort des aliénés : « Je les ai vus couverts de haillons, n'ayant que la

(1) N.-H. Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ;* 2e édition 1809.

paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables géôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales. Voilà ce que j'ai vu presque partout en France; voilà comment sont traités les aliénés presque partout en Europe. » On voit que, sauf à Paris, les revendications de Pinel étaient partout restées lettre morte.

Les écrits d'Esquirol lui valurent une immense notoriété, et furent traduits dans toutes les langues. Bien que, comme Pinel, il ait pris pour base de ses premières recherches les données de la psychologie pure (1), son remarquable talent d'observation ne tarda pas à l'entraîner dans une direction exclusivement médicale. Aussi fit-il faire de nombreux progrès à la pathologie mentale. Quelques-unes de ses descriptions sont demeurées classiques, et sur de nombreux points de détail, la science a été définitivement fixée par ses travaux (2). Aux formes mentales admises par Pinel, il ajouta le délire partiel et créa la monomanie, qui aujourd'hui rayée des formes de la folie, constituait pour l'époque un progrès scientifique réel. Il sépara nettement l'idiotie de la démence dont cependant il ne sut pas éliminer la stupeur mélancolique. S'il ne décrivit pas la paralysie générale, il l'entrevit tout au moins, comme le prouvent de nombreux passages de ses écrits. Il reconnaissait la valeur pronostique de l'hésitation de la parole, et annonçait la mort prochaine des monomaniaques qui présentaient ce symptôme. Il constatait que la moitié des monomaniaques devenaient paralytiques et succombaient après avoir présenté une série de phénomènes qu'il décrit en quelques lignes où l'on trouve résumées une description des deuxième et troisième périodes de la paralysie générale.

(1) Esquirol, *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation :* 1805.

(2) Esquirol, *Des maladies mentales :* Paris, 1838.

Quoique chef d'une brillante école, Esquirol n'a fondé aucun système, et aucune idée générale ne domine ses études de pathologie mentale. Cette abstention, dans une science où tout était à faire, est, bien qu'il s'en excuse, tout à son éloge. Pour n'avoir pas suivi cette ligne de conduite prudente, Leuret, un de ses élèves, qui partant de la psychologie pure, regardait l'aliéné comme un homme qui se trompe, tomba dans des exagérations bientôt frappées de discrédit (1).

Un autre, Georget (2) enlevé prématurément à la science se tourne au contraire exclusivement vers l'observation clinique et les recherches anatomo-pathologiques. Le premier, il a isolé la stupidité jusqu'alors confondue avec la démence.

En même temps que florissaient en France les Pinel et les Esquirol, se fondait en Allemagne une école psychiatrique sur les bases exclusives de la psychologie et dont Langermann, puis Ideler et Heinroth furent les principaux représentants.

Heinroth (1773-1843), procédant de Stahl et exagérant ses doctrines, ne voulut voir dans la folie que le résultat de la perversité et de l'immoralité, l'erreur, *le péché*, une maladie de l'âme à laquelle les organes et le corps sont tout à fait étrangers; qui ne peut être héréditaire, puisque l'âme ne l'est pas, et dont les meilleurs préservatifs sont dans la crainte de Dieu et l'observation des préceptes de la religion.

Ideler moins excessif, n'identifie pas la folie avec le péché. Pour lui, elle ne prend pas sa source dans l'immoralité, mais dans un trouble de la sensibilité morale, dans une déviation des passsions : « La folie, dit-il, n'est que la passion sans présence d'esprit et sans responsabilité ». Aussi, préconise-t-il l'éducation comme le meilleur moyen de prévenir la folie.

Ces théories exagérées ne tardèrent pas à entraîner en Allemagne même une réaction très vive, et à côté de l'école psychiatrique se fonda l'*école somatique* qui, avec Nasse, Jacobi, Shrœder van der Kolk, Griesinger, plaça les

(1) Leuret, *Du traitement moral de la Folie;* 1840.
(2) Georget, *Discussion médico-légale sur la folie;* 1826.

causes et l'origine de la folie dans les lésions du cerveau ou des autres viscères. Jacobi exagérant la doctrine, ne voit dans la folie qu'un phénomène morbide sympathique dont la cause doit être recherchée dans la lésion d'un organe éloigné.

En France, suivant en cela l'exemple fécond du maître, les élèves d'Esquirol s'attachèrent presque exclusivement à l'observation clinique ; à Charenton, Bayle, Delaye, Foville père, et M. Calmeil, découvrent la paralysie générale et en décrivent les symptômes et les lésions (1). A la Salpêtrière, Trélat écrit sous ce titre : *La folie lucide*, un des plus riches recueils d'observations qui existent ; Félix Voisin, étudie l'idiotie; J.-P. Falret (2) combat l'existence de la monomanie et forme des élèves tels que Morel et Lasègue ; M. Baillarger fait une étude approfondie des hallucinations, élucide de nombreux points de clinique litigieux ou ignorés, et forme, lui aussi, de nombreuses générations d'élèves parmi lesquels Marcé (1828-1864), l'auteur du *Traité de la folie des femmes en couches* (3) et du *Traité pratique des maladies mentales* (4) où se trouve condensé l'enseignement du maître et qui donne un inventaire exact de la science au moment où il fut composé.

Moreau (de Tours) (1804-1884), par ses recherches sur le délire et sur les causes de l'épilepsie contribua à l'œuvre commune. Il montra que cette dernière, par la diversité de son origine, n'est qu'une des formes les plus graves de la dégénérescence. Le premier il mit au jour la relation qui existe entre l'épilepsie des enfants et l'alcoolisme ou la phtisie des parents. Mais son œuvre maîtresse est son livre : *la Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie et l'histoire*, paru en 1859 ; livre dont la hardiesse et l'originalité soulevèrent des tempêtes dans le monde de la science et des lettres. Il avait pour but de prouver que « les dispositions qui font qu'un homme se distingue des autres hommes par l'originalité de ses pen-

(1) Calmeil, *De la Paralysie considérée chez les aliénés :* Paris, 1823 et *Traité des Maladies inflammatoires du cerveau* ; Paris, 1859.

(2) Falret, *Des Maladies mentales et des Asiles d'aliénés :* Paris, 1854.

(3) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* ; Paris, 1858.

(4) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales :* Paris, 1862.

sées et de ses conceptions, par son excentricité ou par l'énergie de ses facultés affectives, par la transcendance de ses facultés intellectuelles, prennent leur source dans les mêmes conditions organiques que les divers troubles moraux dont la folie et l'idiotie sont l'expression la plus complète. »

B.-A. Morel (1809-1873) est l'un des contemporains dont l'œuvre a été la plus féconde peut-être pour la pathologie mentale. C'est lui qui a le premier mis au jour le rôle prépondérant que jouent l'hérédité et la dégénérescence dans la genèse des maladies mentales. L'importance qu'ont prise ces questions à l'heure présente, nous engage à citer les quelques lignes suivantes, où l'auteur a résumé lui-même sa doctrine : « En observant l'enchaînement et la dépendance réciproque des phénomènes pathologiques transmissibles par l'hérédité, je suis arrivé à créer la grande et importante variété des *aliénations héréditaires*. J'ai prouvé que depuis la plus simple anomalie dans les lois de la sensibilité morale, désignée sous les noms de *folie morale*, *manie raisonnante*, jusqu'à ces états appelés plus ou moins improprement *imbécillité*, *idiotie*, *crétinisme*, il existe des degrés divers de la même affection..... Mais je ne m'en suis pas tenu au fait exclusif de l'hérédité. J'ai démontré que les influences du climat, du sol, de l'hygiène, que certains milieux comme ceux des grands centres industriels, que des habitudes désastreuses, comme celle de l'ivrognerie, pouvaient soit dans leur isolement, soit dans leur alliance avec l'hérédité, constituer des variétés aux caractères parfaitement définis de l'ordre intellectuel et moral, aussi bien que de l'ordre physique. Ce sont ces derniers caractères que je désigne sous les noms de *signes physiques externes*, de *stigmates de l'hérédité* » (1).

Morel eut encore le mérite d'introduire en France les idées de Gardiner Hill et de Conolly, connues sous le nom de *no-restraint*, sur l'inutilité et le danger des moyens de contrainte dans le traitement de l'aliénation mentale.

(1) B. A. Morel, *Etudes cliniques :* Nancy, 1851-52. — *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine ;* Paris, 1857. — *Traité des maladies mentales ;* Paris, 1860.

Ch. Lasègue (1816-1883) fut, lui aussi, un novateur. Le premier il isola et décrivit sous le nom de *Délire de persécution*, une forme d'aliénation mentale aujourd'hui bien étudiée et bien connue dans son évolution, et qui était autrefois confondue dans les mélancolies ou classée au nombre des monomanies. A diverses reprises, il a pris, et avec succès, la paralysie générale et l'alcoolisme pour sujet de ses travaux. On lui doit, en collaboration avec M. Jules Falret, le premier travail d'ensemble sur la *folie à deux*. Il a donné de la pathogénie de l'épilepsie essentielle une théorie ingénieuse et déjà appuyée de nombreuses observations, théorie basée sur les déformations de la base du crâne. Enfin, sous le nom de *cérébraux*, qui a fait fortune, il a isolé un groupe de délirants qui, atteints par maladie spontanée ou par traumatisme dans leur virginité cérébrale, restent soumis pour le reste de leur existence à des crises subites, transitoires et irrégulières, à des vertiges épileptoïdes et à des délires à courts accès. Un pareil bagage scientifique suffirait à illustrer plusieurs carrières. Lasègue eut encore ce mérite, de s'efforcer d'arracher l'étude de la folie aux compromissions de la psychologie. « Il y a, disait-il, au congrès de médecine mentale de 1878, un proverbe qui dit que toute branche détachée du tronc est destinée à périr. Cela est vrai pour la branche de la médecine mentale ; elle a besoin de se rattacher au tronc de la médecine générale, sous peine de ne pas vivre. »

C'est la tâche que semble s'être assignée la génération actuelle, mais l'avenir seul dira si elle y a réussi.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES MENTALES

Définition de la folie. — Ainsi que nous venons de le voir, la folie, à de rares exceptions près depuis Hippocrate, a été considérée par tous les médecins qui l'ont étudiée, comme le résultat d'un trouble des fonctions du cerveau. Aussi peut-on la définir avec Esquirol : une affection cérébrale, ordinairement chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Ajoutons que, quelque partiels que soient en apparence ces désordres, ils affectent le fonctionnement cérébral tout entier, de telle sorte que : 1° ou le malade n'a pas conscience de son état, ce qui est le cas le plus fréquent ; 2° ou tout en en ayant conscience, sa volonté est impuissante à modifier le cours anormal de ses opérations psychiques. Dans les deux cas, suivant la remarque de Marcé, il ne s'appartient plus, il est dominé par une force qui enchaîne sa liberté morale, le rend irresponsable de ses actes, en un mot en fait un *aliéné*.

Physiologie pathologique. — Les désordres des fonctions psychiques qui constituent la folie sont le résultat d'une affection cérébrale, parce que les fonctions psychiques ont pour organe le cerveau, pour substratum anatomique la substance grise corticale. C'est là une hypothèse qui n'est plus guère contestée par personne, et dont la probabilité repose sur un grand nombre de preuves fournies par l'anatomie, la pathologie et surtout les expériences physiologiques.

L'anatomie comparée démontre que, dans la série animale, le niveau intellectuel est d'autant plus élevé que le

cerveau est plus développé. Il résulte d'observations accumulées que, chez l'homme lui-même, il existe une corrélation analogue entre le développement cérébral et le développement intellectuel. Les hommes les plus intelligents ont les plus lourds cerveaux, les plus riches en circonvolutions, et par conséquent en substance grise et en cellules nerveuses. Certains cerveaux volumineux appartiennent, il est vrai, à des imbéciles, mais on constate facilement qu'ils sont morphologiquement et histologiquement défectueux. Le poids du cerveau des races civilisées dépasse de près d'un tiers le poids du cerveau de certaines races sauvages. On a pu constater enfin que, dans le cours des siècles, le perfectionnement intellectuel chez une nation cultivée, s'accompagne d'un accroissement continu de la masse et du volume encéphaliques (1).

L'exercice normal des facultés intellectuelles et morales est subordonné à l'intégrité de l'organe cérébral. L'anatomie pathologique ne nous permet pas, à la vérité, de faire, dans la plupart des cas, un diagnostic rétrospectif des divers troubles de l'intelligence, mais les données qu'elle fournit n'en sont pas moins éminemment propres à démontrer les rapports étroits qui existent entre l'intelligence et son organe, puisque les lésions de celui-ci sont toujours l'indice d'un affaiblissement des facultés, d'un amoindrissement de la fonction d'autant plus grand que les lésions sont plus étendues et plus profondes. Il suffira de rappeler l'influence lentement et progressivement destructive qu'exercent sur l'intelligence les processus atrophiques, sclérosiques, inflammatoires et nécrobiotiques de l'encéphale.

Comme un muscle, le cerveau en activité développe de la chaleur (Lombard, Broca) ; et cette élévation de température est inégalement répartie entre les différentes régions corticales, suivant la nature du travail opéré (Schiff). Selon P. Bert, l'hémisphère gauche, qui fournit la plus grande somme de travail psychique, a une température supérieure à celle du droit, et pendant l'effort intellectuel, il y a en plus un excès de température en faveur du lobe frontal gauche.

(1) P. Broca, *Mémoires d'anthropologie*, 3 vol. in-8, Paris.

Le travail intellectuel est accompagné de modifications chimiques dans la composition intime des cellules nerveuses; et on retrouve dans les urines une quantité de phosphates et de sulfates excrétés en proportion du travail intellectuel opéré (Byasson).

Flourens, en prouvant que l'ablation totale des hémisphères cérébraux supprime toute manifestation intellectuelle, avait cru démontrer en même temps que le cerveau est un tout homogène dont chaque partie jouit de toutes les attributions fonctionnelles de l'ensemble, peut suppléer toutes les autres et remplir à elle seule toutes les fonctions intellectuelles. Les expériences récentes d'une foule de physiologistes, en infirmant ces vues, ont jeté une vive lumière sur la physiologie de l'encéphale. Elles ont prouvé — et l'anatomie en montrant dans les diverses parties du cerveau l'existence de différences de structure, a ajouté à la démonstration — que le cerveau n'est pas un organe simple, mais un agrégat d'organes extrêmement nombreux, intimement unis, mais jouissant de fonctions propres. Associés entre eux pour des rôles analogues, ces organes forment des territoires plus ou moins étendus dévolus aux principales fonctions psychiques.

Nous ne rappellerons que sommairement ces découvertes connues de tous. Chacun des hémisphères présente trois régions principales : 1° une région moyenne, *psychomotrice*, formée par la juxtaposition de plusieurs centres secondaires qui président à la motilité des différents groupes musculaires du côté opposé du corps; 2° une région postéro-inférieure ou *psycho-sensitive* comprenant des centres extrêmement nombreux dont la lésion isolée détermine l'abolition d'un groupe spécial de perceptions visuelles, auditives, etc.; 3° une région antérieure ou frontale dont les fonctions sont encore imparfaitement déterminées; dont la destruction, selon Ferrier (1), entraîne une sorte de dégénérescence mentale pouvant en dernière analyse se réduire à la perte de l'attention, et selon Goltz (2), produit des phénomènes d'excitation géné-

(1) D. Ferrier, *les Fonctions du cerveau;* Paris, 1878.

(2) J. Soury, *les Fonctions du cerveau, doctrines de F. Goltz* (*Encéphale,* 1886).

rale exagérée, la perte de contrôle ou de domination sur soi-même, l'exagération de certains mouvements réflexes incoërcibles par défaut de fonction d'arrêt, d'inhibition. D'où le nom de *moteurs-modérateurs* donnés à ces centres, désignation qui semble justifiée.

Du fonctionnement harmonique de ces diverses régions, de leur action réciproque, successive ou simultanée, résulte l'activité normale de l'intelligence, la conscience, la mémoire, la réflexion, la sensibilité morale, la volonté, qui ne sont, en dernière analyse, que le côté subjectif des *substrata* sensitifs et moteurs, et qui dans leur plein développement quand le cerveau est intact, s'amoindrissent en raison des pertes de substance ou de l'étendue des destructions que subit l'organe, ou se pervertissent quand l'innervation centrale est elle-même troublée.

Qu'un centre sensoriel, — celui de certaines perceptions visuelles, par exemple — soit détruit, et ces perceptions ne peuvent être ni perçues de nouveau, ni ravivées ; c'est ainsi que la mémoire peut disparaître pièce à pièce. Que certains centres de la sensibilité tactile ou musculaire soient annihilés, et la personnalité consciente pourra s'en trouver lésée, diminuée. Que le centre auditif soit anormalement excité, qu'il entre spontanément en action, à l'insu de la conscience, et une hallucination aura lieu.

Nous venons de voir que le cerveau, en tant qu'organe de mouvement et de sensation, est composé de deux moitiés, chaque hémisphère répondant au côté opposé du corps. En tant qu'organe de l'intelligence proprement dite, de l'idéation, il est *double*, chaque hémisphère étant complet par lui-même. D'après les expériences de Longet, Muller, Vulpian, l'ablation d'un hémisphère ne modifie pas sensiblement l'état intellectuel des animaux opérés. Il existe d'assez nombreuses observations d'hommes doués d'une intelligence ordinaire et même supérieure, et qui pourtant n'avaient qu'un hémisphère cérébral de sain (1). Cela semble en contradiction avec ce que nous avons dit plus haut relativement au parallélisme qui existe entre l'état de l'intelligence et l'état de l'organe cérébral, mais la contradiction n'est qu'apparente, car les

(1) Cotard, *Etude sur l'atrophie partielle du cerveau;* Paris, 1868.

expériences en question ne prouvent qu'une chose, l'absence de modification *qualitative* de l'intelligence des animaux privés d'un hémisphère. Des expériences plus récentes (1), ont prouvé que l'ablation de parties de plus en plus importantes d'un hémisphère détermine une modification *quantitative* de l'intelligence proportionnelle aux pertes de substance cérébrale. De même l'absence d'un hémisphère ne saurait être indifférente chez l'homme qu'à la condition que, la destruction ayant eu lieu avant le développement complet du cerveau, l'hémisphère sain ait pu apprendre à suppléer son congénère absent et se développer de manière à pouvoir suffire à lui seul à toutes les fonctions psychiques.

Bien que, d'une façon générale, on puisse dire qu'en tant qu'organe de mouvement et de sensation, le cerveau est un organe composé de deux moitiés, ces deux moitiés ne sont pas absolument comparables au point de vue fonctionnel, car elles se développent de telle sorte que chacune d'elles n'acquiert une certaine puissance que pour certaines fonctions déterminées. Ainsi l'hémisphère gauche, dont le développement est plus lent (Parrot) jouit au point de vue de la motricité d'une prépondérance indiscutable, étant le siège de la fonction du langage articulé et présidant à l'activité du membre supérieur droit qui accomplit les actes les plus compliqués et les plus délicats. L'hémisphère droit semble, en revanche, avoir une part plus importante dans l'exercice de la sensibilité et des fonctions trophiques. Brown-Séquard a cru remarquer, en effet, que les lésions du cerveau droit sont plus graves que celles du gauche, plus fréquemment suivies de désordres de la nutrition, d'escharres, de congestions, de convulsions, etc.; et Luys a noté chez les hémiplégiques du côté gauche (par lésions de l'hémisphère droit), une excitation anormale des facultés émotives ; une grande tendance aux larmes et aux rires.

Cette dualité psycho-sensitive et psycho-motrice du cerveau peut être invoquée dans l'explication de faits pathologiques, comme par exemple les hallucinations

(1) J. Soury, *Loc. cit.*

unilatérales, ou les hallucinations bilatérales de caractère différent.

Joue-t-elle un rôle dans le dédoublement de la personnalité, phénomène si fréquent dans les maladies mentales ? Cela est moins probable, car le dédoublement de la personnalité n'a pas lieu dans *l'espace* (d'un hémisphère à l'autre), mais dans le temps ; ce sont deux attitudes successives et non contemporaines du moi (1).

Telles sont, en résumé, les principales données que nous possédons sur les attributions fonctionnelles des diverses parties de l'encéphale.

Nous dirons maintenant quelques mots du mécanisme de ces fonctions.

Selon Luys, — et cette opinion semble généralement adoptée, l'activité cérébrale est régie par les mêmes lois générales que celles qui président à l'activité des différents segments de la moelle, c'est-à-dire les lois de l'action réflexe. Par les mille anastomoses qui unissent intimement entre eux les différents centres cérébraux, il se produit un incessant échange d'actions et de réactions, véritables réflexes intra-corticaux qui ont pour résultat les diverses opérations intellectuelles. Il y a cependant entre les actions réflexes spinales et les actions réflexes intra-cérébrales cette différence, que les premières réclament chaque fois, pour se produire, une nouvelle excitation périphérique, tandis que les secondes, une fois développées, peuvent se répéter spontanément par suite de la propriété qu'ont les éléments corticaux d'emmagasiner les impressions sensorielles qui les ont une fois ébranlés. Nos impressions accumulées sont selon l'expression de l'auteur précédemment cité « des forces vives, latentes, des foyers antogéniques toujours actifs qui suscitent les opérations de l'esprit, provoquent des souvenirs anciens, les associent de mille manières aux incitations récentes, et deviennent ainsi par leur succession, leur réviviscence incessante, les agents les plus efficaces de l'activité que nous dépensons tous les jours » (2).

(1) Th. Ribot, *les Maladies de la personnalité :* Paris, 1885.

(2) Luys, *Etudes de physiologie et de pathologie cérébrales:* Paris, 1874.

Parmi ces opérations intellectuelles, les unes sont soumises au contrôle de la conscience et de la volonté ; les autres sont inconscientes et automatiques.

L'automatisme joue un rôle capital dans la physiologie cérébrale. C'est ainsi que, même à l'état normal, nous ne sommes le plus souvent pas maîtres de nos émotions, de nos idées, et quelquefois de nos actes.

A l'état normal, une impression sensorielle ou sensitive détermine une réaction émotionnelle fatale, toujours la même, dont nous ne suspendons l'effet que par un effort plus ou moins considérable de la volonté, ce qui suppose une harmonie parfaite dans l'action réciproque des centres psycho-cérébraux les uns sur les autres. Que cette harmonie cesse, et l'émotivité prendra aussitôt un caractère exagéré, incoërcible, pathologique.

De même l'association, l'enchaînement de nos idées est modifié à chaque instant par les impressions qui nous arrivent, et il nous faut un effort d'attention considérable pour les maintenir dans une direction déterminée. Mais il est des cas où, devant la volonté débordée, réduite à l'impuissance, les idées les plus bizarres, les plus désagréables s'échappent, reviennent, disparaissent de nouveau ou s'imposent sous forme d'obsession avec une force irrésistible. Ainsi prennent naissance les idées fixes et obsédantes, symptôme commun dans les diverses psychopathies.

Les impulsions sont un phénomène analogue. Nées spontanément dans les centres psycho-moteurs, ou elles peuvent être arrêtées par l'effort de la volonté, ou par suite de la déséquilibration des fonctions cérébrales, elles deviennent irrésistibles et constituent un symptôme morbide.

L'automatisme psychique peut donc donner la clef d'un grand nombre de troubles intellectuels, et c'est avec raison que Baillarger a pu dire que plus on observe d'aliénés, et plus on acquiert la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés, qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires (1).

Un autre mode d'activité de l'organe psychique est la *cérébration inconsciente* dont le rêve ordinaire peut don-

(1) Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1855-56.

ner une idée. Mais la cérébration inconsciente existe aussi à l'état de veille. Un grand nombre de nos actes non seulement d'ordre physique, mais encore d'ordre intellectuel s'accomplissent automatiquement à l'insu de la conscience (1). Il nous arrive de provoquer nous-mêmes cette cérébration inconsciente quand nous lui confions le soin de trouver un mot qui nous échappe, ou la solution d'une question embarrassante. L'état de méditation profonde n'a-t-il pas lui-même quelque chose d'inconscient et d'automatique ? C'est dans cet ordre de phénomènes qu'il nous semble indiqué de rechercher le mécanisme de certains délires mélancoliques et de la plupart des hallucinations.

Les cellules de la couche corticale du cerveau sont, avons nous dit, le siège de l'intelligence et par conséquent des maladies mentales, mais nous ne sommes pas en mesure de localiser ce siège d'une façon plus précise. Si l'irritation d'un territoire particulier de la substance corticale est, comme il est probable dans beaucoup de cas, le point de départ du processus psychopathique, cette irritation en vertu de la théorie des actions réflexes intracorticales à laquelle nous avons fait allusion, ne tarde pas à se propager dans toutes les directions, à se diffuser dans tous les réseaux cellulaires et par conséquent à affecter peu à peu toutes les fonctions psychiques. Telle est, en effet, la marche de la plupart des maladies mentales qui n'atteignent ordinairement leur complet développement que d'une façon lente et progressive.

Il est cependant une affection cérébrale qui nous fournit quelques indications précieuses sur les relations qui existent entre la lésion corticale et le trouble psychique, c'est la paralysie générale. Cette maladie qui atteint surtout

(1) Une preuve originale du rôle énorme que joue dans nos opérations psychiques la cérébration inconsciente est tirée de ce qu'on observe chez certains jumeaux. Ils font les mêmes remarques dans les mêmes circonstances, commencent à chanter la même chanson au même moment et ainsi de suite : ou bien l'un commence une phrase et l'autre la finit..... A, se trouvant par hasard dans une ville d'Ecosse, acheta un service de verres à champagne, qui avait attiré son attention, pour faire une surprise à son frère B. A la même époque, B. étant en Angleterre, acheta un service semblable, exactement du même modèle, pour faire une surprise à A.

Galton, cité par Ribot, *les Maladies de la personnalité;* Paris, 1885).

le lobe frontal et la région psycho-motrice, est précisément celle ou l'intelligence proprement dite et la personnalité agissante sont le plus profondément désorganisées.

En définissant la folie un trouble de la sensibilité de l'intelligence et de la volonté, nous avons conservé avec Esquirol, cette grande division classique des fonctions psychiques en trois facultés principales, d'autant plus volontiers qu'elle répond assez exactement aux données de la physiologie que nous avons précédemment signalées. Ces trois facultés ne sont pas également atteintes dans les diverses formes d'aliénation mentale. Tantôt les troubles de la sensibilité prédominent; tantôt les troubles intellectuels ont la prééminence; tantôt enfin ce sont les troubles de la volonté qui tiennent le premier rang.

Les troubles de la sensibilité sont les plus constants. On les trouve à l'origine de presque toutes les affections mentales. Des changements d'humeur, de caractère, une émotivité exagérée ou une anesthésie morale plus ou moins profonde sont les symptômes prémonitoires des affections mentales légitimes. Ces troubles de la sensibilité morale peuvent être spontanés, c'est-à-dire engendrés dans le cerveau lui-même par les processus psychiques automatiques. Mais le plus souvent ils proviennent du monde extérieur; c'est ainsi que les émotions vives, subites ou longtemps prolongées créent dans les régions du sensorium un éréthisme exagéré, persistant et progressif, qui peut aboutir au délire de la folie.

Les troubles de la sensibité générale physique jouent un rôle analogue quoique moins évident. Des expériences physiologiques récentes ont mis en lumière les liens sympathiques qui unissent certaines régions de l'écorce du cerveau aux divers foyers d'innervation des viscères. La faradisation localisée de certains territoires corticaux (Bochefontaine) modifie les mouvements cardiaques, fait contracter la rate, l'intestin, détermine des sécrétions glandulaires, etc. A son tour, l'innervation viscérale retentit par voie centripète sur les centres corticaux de la sensibilite générale et en modifie la tonicité, l'élève, l'abaisse ou la pervertit. Ces faits nous permettent de comprendre l'action réciproque du moral sur le physique et du physique sur le moral ; action si importante dans

la genèse, non seulement des maladies mentales, mais des maladies ordinaires, et qui a exercé la sagacité de tant de médecins philosophes.

Les troubles de la sensibilité spéciale, les illusions et les hallucinations que nous étudierons d'une façon particulière dans un autre chapitre, constituent à eux seuls le fonds de nombreux états délirants. Ils naissent spontanément dans les centres corticaux ou peuvent être provoqués par certaines irritations périphériques.

Nous n'insisterons pas — renvoyant le lecteur aux chapitres subséquents de pathologie générale — sur les troubles primitifs de l'intelligence et de la volonté. Les premiers peuvent se manifester isolément, bien que d'une façon peu fréquente. Le type des troubles intellectuels à l'état isolé est l'obsession de l'esprit par certaines idées bizarres qui s'imposent d'une façon irrésistible et sont le point de départ des associations d'idées les plus extravagantes et les plus pénibles.

Quant aux troubles de l'activité volontaire, bien que constants dans la plupart des formes de la folie, ils sont assez prédominants dans beaucoup de cas pour constituer des formes spéciales, telles que le délire des actes et les divers délires impulsifs.

Considérations pathogéniques. — Il n'existe pas de *lésion spécifique* à laquelle on puisse attribuer la production de la folie ; 1° tantôt le microscope lui-même est impuissant à révéler la moindre lésion dans le cerveau d'un individu qui a été atteint d'aliénation mentale ; 2° tantôt cette dernière coïncide avec les lésions les plus diverses, lésions conjonctives, parenchymateuses, vasculaires, etc.

De ce que le microscope ne révèle aucune lésion des réseaux cellulaires de la substance corticale dans un grand nombre de cas d'aliénation mentale, nous ne sommes cependant pas autorisés à en conclure que ces lésions n'existent pas. Les cellules peuvent subir dans leur intimité des modifications chimiques ou moléculaires qui restent inaccessibles à nos moyens d'investigation, mais qui n'en troublent pas moins leur équilibre fonctionnel. Dans le domaine de la physique et de la chimie, nous constatons à chaque pas, dans les corps, des changements

de propriétés, sans qu'il soit possible de découvrir des changements corrélatifs d'aspect ou de structure; et pourtant ces modifications existent. Il est donc probable que tout désordre intellectuel est le résultat d'une lésion cérébrale réelle, mais cette lésion est encore à découvrir.

Dans beaucoup de cas d'aliénation mentale (folie héréditaire), il semble nécessaire d'admettre une tendance primordiale et spontanée de l'élément nerveux à fonctionner pathologiquement. Parmi ces aliénations, les unes apparaissent sans cause, aux époques climatériques, par exemple, comme le produit d'une évolution fatale; d'autres ne sont que l'exagération pathologique des tendances naturelles du caractère et de l'intelligence.

Le rôle le plus important dans la genèse des troubles intellectuels, est certainement joué par les modifications de la circulation encéphalique et les perturbations de l'innervation vaso-motrice. On admet généralement — et les examens nécroscopiques autorisent cette opinion dans nombre de cas — que l'*hyperémie* du cerveau et des méninges, la congestion active ou passive de l'ensemble ou de territoires isolés est une des causes les plus certaines de la folie avec excitation. Les hypérémies permanentes entraînent à la longue des lésions irrémédiables et les formes incurables de l'aliénation mentale. Il faut être plus réservé en ce qui concerne les hyperémies transitoires, qui sont supposées engendrer certains délires violents à durée passagère : par exemple la folie épileptique. Cette opinion, bien que probable, ne s'appuie pas avec la même certitude sur les données de l'anatomie pathologique.

L'*anémie* cérébrale ne joue pas un rôle moins important que l'hyperémie. L'anémie simple, la chloro-anémie, l'anémie consécutive aux maladies aiguës, aux hémorragies, aux affections diathésiques, est assurément une des causes les plus efficaces des formes dépressives de la folie. On peut y joindre dans une certaine mesure les anémies par altérations vasculaires (athérome, embolie), bien que leur importance soit très probablement moindre que celle des lésions parenchymateuses (dégénérescence graisseuse des cellules, foyers de ramollissement) qui existent en même temps.

De même que nous admettons l'action des hyperémies

transitoires et localisées, en nous basant sur ce que nous connaissons de la physiologie des vaso-moteurs, de même il convient d'attribuer un rôle du même genre à l'*ischémie* spasmodique des capillaires cérébraux : « Plus d'un trouble passager ne peut s'expliquer, si on ne l'attribue à une cause éminemment fugitive, et cettte cause n'est le plus souvent qu'une ischémie fonctionnelle. M. Ball a relaté plusieurs faits dans lesquels on observait des symptômes qu'on a coutume de rapporter à des lésions organiques, tels que la mutité, la surdité, l'anesthésie cutanée, l'hémiplégie, quelques troubles psychiques ; ces phénomènes morbides, qui d'ordinaire survenaient brusquement, se dissipaient aussi brusquement parfois ou bien sous l'influence du traitement (1). »

Enfin les altérations du liquide sanguin ont une action pathogénique dont l'importance ne saurait être méconnue. Ces altérations sont de nature diathésique (uricémie), infectieuse (malaria) et surtout toxique (alcoolisme, saturnisme, morphinisme, etc.). Des altérations toxiques du sang, nous rapprocherons l'asphyxie lente qui se produit dans la phtisie pulmonaire et dans la période ultime des maladies cardiaques, asphyxie qui entraîne fréquemment des désordres intellectuels et parfois de véritables aliénations mentales.

(1) Ball et Ritti, *Dict. encyclop. des sc. médic.* 1re série, t. XXVI, et Ball, *Encéphale*, 1881.

CHAPITRE III

CLASSIFICATION

L'étude des formes spéciales de la folie présente des difficultés d'autant plus grandes que nous manquons — ainsi que pouvaient le faire prévoir les considérations pathogéniques précédentes — d'une base uniforme pour une classification rationnelle de ces maladies.

L'anatomie pathologique ne nous fournit à ce point de vue que des éléments insuffisants. Dans certains cas, on ne constate aucune lésion, au moins appréciable à nos moyens d'investigation. Dans d'autres, on rencontre des lésions positives, mais elles sont sans caractères spécifiques, et il n'est pas possible de leur rapporter tous les symptômes observés. Dans une seule forme d'aliénation mentale, la paralysie générale, le complexus symptômatique se rattache à des lésions fixes, uniformes, toujours les mêmes. Quant à la physiologie pathologique, ses données sont encore trop hypothétiques pour que nous puissions en faire la base d'une classification générale.

Luys (1), a cependant fait une tentative sur cette double base. Il divise les maladies mentales en deux grands embranchements : A. — Les *troubles psychopathiques* dont le caractère est d'être *mobiles* et *transitoires ;* B. — Les *troubles psychopathiques* qui sont liés à des lésions *fixes* et *permanentes.*

Le premier embranchement se subdivise secondairement de la façon suivante : 1° Les *hypérémies* (manies) avec toutes leurs modalités diverses, suivant qu'elles siègent dans les régions émotives, intellectuelles ou psychomotrices, et suivant qu'elles sont circonscrites ou généralisées ; les *ischémies* (lypémanies) avec leurs différentes

(1) J. Luys, *Traité clinique et pratique des maladies mentales*; Paris, 1881.

modalités, également suivant leur siège ; 3° les *hypérémies-ischémies* dans lesquelles l'hypérémie et l'ischémie se trouvent associés chez le même sujet pour déterminer un processus morbide à deux faces, avec dépression et excitation combinées.

Le deuxième embranchement comprend : 1° les *affections mentales* liées à des lésions organiques fixes et progressives (paralysie générale, démences organiques) ; 2° les *agénésies* (imbécillité, idiotie) ; 3° enfin à titre provisoire, les *intoxications diverses*.

Cette classification excellente en principe, ne pourra cependant être adoptée couramment que lorsque les notions anatomiques et physiologiques sur lesquelles elle repose seront devenues classiques.

L'*étiologie* ne nous fournit pas une base plus solide et la tentative de Morel (1) est là pour prouver son insuffisance. Il divise les maladies mentales en six groupes, d'après les relations qui doivent nécessairement exister entre la forme de l'aliénation et la nature de sa cause : 1° les *aliénations héréditaires ;* 2° les *aliénations par intoxication ;* 3° les *aliénations déterminées par la transformation de certaines névroses;* 4° les *aliénations idiopathiques*, parmi lesquelles se trouve la folie paralytique ; 5° les *folies sympathiques ;* 6° la *démence*.

On peut reprocher à cette classification son manque absolu de consistance. Si, dans nombre de cas, la nature de la cause imprime à la maladie quelques modifications spéciales, le fait n'est ni constant, ni général. Ces divisions, d'ailleurs, n'offrent aucune délimitation rigoureuse, et comme le fait observer Marcé, empiètent les unes sur les autres et laissent de côté les caractères importants des maladies pour s'attacher à des faits tout à fait secondaires. Enfin chacun de ces groupes est susceptible de comprendre à lui seul toutes les formes cliniques de l'aliénation mentale et de former ainsi l'ensemble le plus disparate.

La classification du professeur Ball, repose aussi en grande partie sur l'étiologie. Il admet sept groupes d'aliénations mentales ; les folies : 1° *vésaniques* ou *essentielles ;*

(1) B. A. Morel, *Traité des maladies mentales :* Paris, 1860.

2° *névropathiques ;* 3° *diathésiques;* 4° *sympathiques;* 5° *toxiques ;* 6° *organiques* ou *cérébro-spinales*; 7° *congénitales* ou *morphologiques*. On peut faire en partie à cette classification les mêmes objections qu'à celle de Morel. Si au point de vue clinique quelques-uns de ces groupes sont rationnels, il en est d'autres, le groupe diathésique ou sympathique, par exemple, dont la formation paraît moins légitime. Pour nous, et croyons-nous pour la plupart des praticiens, il n'y a pas des folies goutteuses, rhumatismales, tuberculeuses, cancéreuses, cardiaques, intestinales, etc.; il y a des goutteux, des cancéreux, des tuberculeux, qui deviennent aliénés; et chez eux, non seulement la diathèse n'imprime pas à la folie un cachet spécial, mais il n'est même pas certain qu'elle exerce une influence directe sur son développement. On peut en dire autant de la folie sympathique dont l'existence est loin d'être admise par tous les aliénistes.

La *symptomatologie* est, elle aussi, insuffisante. Elle a servi cependant de base à la classification de Pinel et d'Esquirol, qui fut un réel instrument de progrès, mais qui, depuis longtemps, a cessé de répondre aux besoins de la science. Esquirol admet cinq genres de folie : 1° *Lypémanie* (mélancolie des anciens), première subdivision de la monomanie ; 2° *monomanie* proprement dite, ou délire partiel avec excitation et prédominance d'une passion gaie et expansive; 3° *Manie* ou délire général avec excitation ; 4° *démence ;* 5° *imbécillité* ou *idiotie*. Cette classification est purement psychologique et ne s'appuie par conséquent que sur une partie seulement des symptômes; en outre elle ne tient compte, ni de la paralysie générale ni des relations de la folie avec la pathologie commune (affections organiques des centres nerveux, association des diverses névroses, intoxications, etc).

Il résulte de cette rapide revue des classifications adoptées par les auteurs que, si toutes ont du bon, aucune n'est complètement satisfaisante. L'extrême complication des faits à classer excluant toute base unique, le seul parti à prendre en l'état actuel de la science, est, à l'exemple de Baillarger, de Marcé, de Foville, de s'appuyer à la fois sur les symptômes, l'anatomie pathologique et l'étiologie.

Les classifications de ces auteurs ne sont autres, en somme, que celle d'Esquirol tenue au courant de la science.

Marcé, par exemple, s'est contenté d'y ajouter la *Paralysie générale*, et d'en séparer pour les étudier à part, les aliénations associées à divers états morbides, (névroses et intoxications). Il admet quatre groupes, qui sont : 1° les *vésanies pures* (manie, mélancolie, monomanie, démence) ; 2° les *vésanies associées entre elles ;* 3° les *vésanies associées à des lésions du mouvement* (paralysie générale, épilepsie, hystérie, chorée, alcoolisme, pellagre) ; 4° les *états congénitaux* (idiotie, imbécillité, crétinisme).

Nous n'avons eu d'autre but en dressant la classification suivante, que d'apporter à celle de Marcé les perfectionnements qu'elle comporte, et de la mettre au courant des progrès de la science. Ainsi nous en avons fait disparaître la *démence*, qui n'est qu'un état secondaire, un mode de terminaison de la folie proprement dite, et que personne ne reconnaît plus comme forme spéciale de folie. A la *monomanie*, entité purement psychologique, qui n'est plus admise depuis Morel, nous avons substitué le délire systématisé et la folie héréditaire, qui en représentent les divers éléments.

En conservant au moins dans ses grandes lignes la classification classique française, nous ne sommes pas seulement d'accord avec la tradition scientifique, mais encore avec les plus nombreux manigraphes contemporains (1).

I. — Il existe une première catégorie d'aliénations qui ne s'accompagnent d'aucune lésion fixe et déterminée des centres nerveux. Elle se divise en deux groupes, suivant que le trouble mental se complique ou non de dégénérescence.

1er Groupe. — (a). Dans une première forme, le trouble caractéristique consiste dans une exagération pathologique de l'activité cérébrale se traduisant par une perturbation générale des fonctions psychiques accompagnée d'excitation : *Manie.*

(1) Voyez notamment les classifications de Magnan, Krafft-Ebing, Schüle, Morselli, etc., qui toutes reposent à la fois, comme celle de Marcé, sur les symptômes, l'anatomie pathologique et l'étiologie.

(b). Dans une deuxième forme, le trouble caractéristique est un arrêt de l'activité intellectuelle accompagné de dépression : *Mélancolie*.

(c). Une troisième forme est constituée par le retour périodique des deux formes précédentes, soit isolément, soit associées entre elles suivant des modalités diverses. Les nouveaux types cliniques ainsi formés sont au nombre de trois principaux : *Folie intermittente simple, folie à double forme, folie circulaire*.

(d). Dans une quatrième forme, enfin, on ne constate ni excitation, ni dépression, ni trouble général de l'intelligence, mais une altération partielle des facultés à évolution lente, engendrant des conceptions délirantes de plus en plus compliquées et rattachées les unes aux autres (au moins pendant la période d'état) par un lien logique formant un tout systématisé. C'est ce que les auteurs appellent *folie partielle* (Ball) ; *Délire chronique* (Magnan) ; et ce que nous appellerons *Délire systématisé progressif*, expression qui correspond aux caractères essentiels de la maladie.

Ces cinq formes cliniques ne suffisent pas à comprendre tous les désordres fonctionnels de l'intelligence. Elles constituent un premier groupe où, jusqu'au jour où la maladie a éclaté, le cerveau a été sain, l'intelligence a fonctionné d'une façon normale ; un individu jusqu'alors réputé jouir d'une intelligence *correcte* est devenu *fou*.

2e Groupe. — Mais il existe un deuxième groupe de faits où un fonctionnement vicieux de l'intelligence préexiste à l'explosion de la folie confirmée. Le mal n'est d'abord caractérisé que par des anomalies, des singularités psychiques. Dès le jeune âge on peut constater, chez les sujets atteints de cette affection, l'existence d'une déséquilibration plus ou moins considérable des fonctions psychiques, de l'instabilité mentale, des tares morales, des perversions de caractère. Tantôt avec l'âge ces désordres s'accentuent et finissent, en s'exagérant, par entrer de plain-pied dans la pathologie (monomanies des anciens auteurs). Tantôt sous l'influence de la cause la plus banale éclatent des accès de délire dont l'aspect clinique se rattache aux formes précédemment énumérées tout en présentant des caractères propres qui permettent de les rattacher à leur véritable origine.

(e). Ce vaste groupe de troubles psychiques ne se développe que dans des cerveaux défectueux, mal constitués, frappés à des degrés divers de dégénérescence congénitale ou acquise. Dans l'immense majorité des cas, cette dégénérescence est congénitale et doit être considérée comme le produit de l'hérédité névropathique accumulée ; d'où le nom de *Folie héréditaire* que nous croyons devoir conserver à ce groupe de faits avec la plupart des auteurs qui l'ont étudié.

La *Folie héréditaire* comporte un certain nombre de modalités cliniques secondaires que nous étudierons sous les dénominations suivantes : 1° obsessions mentales, impulsions irrésistibles ; 2° délire systématisé des héréditaires ; 3° manie raisonnante, folie morale ; 4° délires polymorphes.

(f). Comme faisant suite à la folie héréditaire, nous devons placer ensuite l'*idiotie*, qui comprend en bloc les derniers degrés de la dégénérescence : la faiblesse d'esprit, l'imbécillité et l'idiotie proprement dite.

II. — Une deuxième catégorie comprend les aliénations subordonnées à une affection cérébrale à lésions fixes et déterminées. Au point de vue psychique, elles sont caractérisées foncièrement par la *démence*, c'est-à-dire l'affaiblissement radical et progressif des facultés intellectuelles, et accessoirement par des conceptions délirantes de diverse nature. On en reconnaît deux espèces principales :

(a). La *Paralysie générale progressive ;* désignée encore sous les noms de *Folie* ou *Démence paralytique*, ou encore sous ceux de *méningo-périencéphalite*, *encéphalite interstitielle diffuse*, qui définissent la nature des lésions anatomiques de l'affection.

(b). La *Démence sénile*, dont la lésion primitive consiste dans la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux cérébraux entraînant à sa suite l'ischémie, puis l'atrophie de l'organe, et plus tard des oblitérations artérielles et des foyers de ramollissement.

(c) A côté des formes précédentes, nous placerons, sous la dénomination de *Démences organiques*, les aliénations démentielles qui sont consécutives aux lésions cérébrales en foyer (hémorragie, ramollissement, tumeurs, etc.)

Ici devrait se terminer cette classification. Elle comprend,

en effet, tous les grands syndrômes cliniques qui peuvent se présenter à l'observateur dans la pratique des maladies mentales. Cependant, si nous envisageons la folie dans ses rapports avec l'étiologie, nous voyons que la cause déterminante de certains délires exerce une telle influence sur leur symptomatologie et leur marche qu'elle en fait des formes véritablement spéciales qu'il est indispensable d'étudier à part.

III. — De là une troisième catégorie d'aliénations, divisées en deux groupes.

1er Groupe. — Il comprend les aliénations associées aux grandes névroses : *(a)* épilepsie ; *(b)* hystérie ; *(c)* chorée.

2e Groupe. — Les aliénations liées aux intoxications : *(a)* alcoolisme ; *(b)* saturnisme ; *(c)* morphinisme ; *(d)* pellagre ; *(e)* crétinisme.

La classification dont nous venons de développer les principes se résume donc dans le tableau suivant :

- I. Aliénations primitives.
  - 1° Folie simple.....
    - Manie.
    - Mélancolie.
    - Folie périodique.
      - Folie intermittente.
      - Folie à double forme.
      - Folie circulaire.
    - Délire systématisé progressif.
  - 2° Folie dégénérative.
    - Folie héréditaire.
      - Obsessions mentales, impulsions irrésistibles.
      - Délire systématisé des héréditaires.
      - Folie raisonnante, folie morale.
      - Délires polymorphes.
  - 3° Idiotie.
- II. Aliénations liées aux affections cérébrales organiques.
  - Paralysie générale (encéphalite interstitielle diffuse).
  - Démence sénile (athérome cérébral et atrophie consécutive).
  - Démences organiques (lésions en foyer).
- III. Aliénations liées à divers états morbides généraux.
  - 1° Aux névroses.....
    - Epilepsie.
    - Hystérie.
    - Chorée.
  - 2° Aux intoxications..
    - Alcoolisme.
    - Saturnisme.
    - Morphinisme.
    - Pellagre.
    - Crétinisme.

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

Article Premier

TROUBLES INTELLECTUELS

§ 1er. — Lésions générales de l'intelligence

Arrêts de développement. — La nature du terrain sur lequel se développe l'aliénation mentale mérite une attention toute spéciale, en raison de l'influence qu'elle exerce sur les manifestations cliniques de cette dernière. Certains auteurs en font même en partie la base de leurs classifications et distinguent les folies suivant qu'elles se manifestent chez l'individu à développement intellectuel complet, ou chez l'individu à développement organo-psychique défectueux (1).

La folie peut donc éclore dans un cerveau normal, doué de facultés bien développées, et ayant jusque-là fonctionné d'une façon régulière. C'est même dans ces conditions qu'elle affecte la forme la plus pure, la symptomatologie la plus nette et la plus tranchée.

Mais elle peut aussi se manifester dans un cerveau préparé par une mauvaise constitution psychique, par une déséquilibration naturelle de ses diverses facultés.

(1) Schüle, *Traité clinique des maladies mentales:* Paris, 1888.

Ces prédisposés, dont nous aurons à parler plus tard en détail, présentent au point de vue du développement intellectuel des degrés infinis, depuis certaines formes du génie jusqu'à l'idiotie la plus complète. C'est, en effet, ce développement excessif de certaines facultés chez des sujets défectueux par d'autres côtés qui a permis à Moreau (de Tours) (1) de soutenir que le génie était toujours d'origine névropathique. Tel, d'ailleurs correct au point de vue moral, présente des lacunes intellectuelles notables (mémoire, calcul, musique, dessin, etc.). Tel autre, avec des aptitudes remarquables pour les arts d'imagination, offre un manque total de jugement, une véritable débilité mentale. Les uns sont portés à l'instabilité, à l'originalité, aux actes excentriques ; les autres aux écarts de conduite, à la débauche, aux excès de toutes sortes. La sensibilité morale chez ces individus, est tantôt exagérée, tantôt pervertie, tantôt complètement absente. Chez nombre d'entre eux, on observe des défectuosités du moral et du caractère; l'orgueil, un égoïsme féroce sous les apparences d'une sensibilité morale très vive, la malveillance, la défiance, une humeur hargneuse et chagrine, une absence complète de sentiments moraux. Un rien les passionne, leurs opinions sont bizarres, originales, hérétiques, paradoxales, toujours en contradiction avec les idées reçues. Ils ont des sympathies et des antipathies inexplicables. La vue, le contact, l'odeur de certains objets est pour eux une cause de souffrance morale qui a pour base une crainte aveugle et irrésistible. Ils sont tourmentés par des idées fixes, des obsessions bizarres auxquelles il leur faut céder pour retrouver le calme de leur esprit. Certaines de ces obsessions sont de l'ordre le plus dangereux par leur caractère impulsif (suicide, homicide, vol, incendie, etc.).

Ces individus s'éloignent plus ou moins, en somme, du type normal de l'esprit humain, type purement idéal, à la vérité, mais utile comme terme de comparaison, parce qu'on le suppose consister dans le parfait équilibre de toutes les facultés intellectuelles.

(1) Moreau (de Tours), *La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie et l'histoire* : 1859.

On peut diviser ces prédisposés en quatre classes : 1° les *simples déséquilibrés;* 2° les *faibles d'esprit;* 3° les *imbéciles;* 4° les *idiots.*

Affaiblissement intellectuel. — Dans les conditions ordinaires de la vie, l'énergie et l'étendue des facultés intellectuelles décroissent progressivement au point que certains vieillards en sont réduits à une existence presque purement organique. Cette décrépitude de l'intelligence amenée par les progrès de l'âge, la maladie la détermine d'une manière beaucoup plus rapide et plus complète ; aussi l'affaiblissement graduel de l'intelligence désigné sous le nom de *Démence*, est-il l'aboutissant de toutes les formes de la folie.

Cependant, comme nous le verrons plus loin, il existe certaines formes où cet affaiblissement est plus rapide que dans d'autres, et où il peut même être primitif, comme dans les aliénations qui procèdent d'une lésion organique des centres nerveux.

Excitation et Dépression. — Les lésions fonctionnelles de l'intelligence les plus générales sont l'*excitation* et la *dépression.*

Les types de l'excitation et de la dépression peuvent être représentés : d'une part, par l'aliéné maniaque, en proie à une agitation incessante, à un besoin perpétuel de mouvement, à une suractivité psychique qui se traduit par une surabondance d'idées, une volubilité parfois prodigieuse ; d'autre part, par le mélancolique frappé de stupeur, muet, immobile, inerte, chez qui la vie semble ralentie ou en partie suspendue.

Entre ces deux extrêmes se trouvent tous les intermédiaires. A un degré modéré, l'excitation n'est plus que l'exagération de l'activité psychique normale, tandis que la dépression ne paraît être que le simple ralentissement du fonctionnement habituel de l'intelligence.

L'excitation et la dépression peuvent exercer leur action sur toutes les facultés indistinctement ou plus spécialement sur l'une d'elles (imagination, mémoire, sensibilité morale, etc.). Elles peuvent être accompagnées d'une réaction générale de la vie organique entraînant l'accélé-

ration ou le ralentissement de la circulation, des combustions et de la nutrition tout entière.

L'excitation caractérise les diverses formes de la manie, la dépression les diverses modalités mélancoliques. Ces éléments sont tellement essentiels à la constitution de ces genres de folie que dans quelques cas, une excitation ou une dépression légère mais anormale des facultés intellectuelles constitue à elle seule toute la maladie.

La surexcitation de l'intelligence caractérise la période prodromique de certaines folies (folie congestive, paralysie générale, folie circulaire, etc.). La dépression précède presque toujours les autres maladies mentales, principalement celles qui se développent sur un terrain insuffisamment préparé par l'hérédité.

L'excitation et la dépression alternant ou se combinant suivant certains modes, caractérisent encore tout un groupe d'aliénations, les folies circulaires.

Enfin, dans certaines formes spéciales peu communes, on voit l'excitation et la dépression exister simultanément. Par exemple, dans la manie épileptique, on constate une excitation violente des facultés motrices, en même temps qu'une sorte d'arrêt de l'activité intellectuelle proprement dite.

§ 2. — Conceptions délirantes

Les conceptions délirantes sont des idées fausses, qui, tantôt sont reconnaissables à leur absurdité même ; tantôt au contraire n'ont rien d'invraisemblable ni d'impossible, mais sont manifestement contraires à l'évidence. Se croire empereur, millionnaire, un saint, un Dieu ; se croire ruiné, damné, déshonoré, condamné au dernier supplice ; penser qu'on n'a plus d'organes, qu'on n'est plus qu'une apparence, ou même qu'on est mort ; telles sont quelques-unes des conceptions délirantes qu'on rencontre en aliénation mentale. Les conceptions délirantes ont encore pour caractère d'avoir une grande fixité, de résister au témoignage des sens et de l'intelligence, d'avoir entre elles une cohésion anormale. Le malade, en outre, ne peut s'en défaire à volonté, et dans la majorité des cas, il n'a pas conscience de leur nature pathologique.

L'origine des conceptions délirantes est variable et peut appartenir à quatre modes différents :

1° Elles naissent, dans un grand nombre de cas, par voie psychologique. Le malade cherche la raison des modifications qu'il sent en lui, au moral et au physique, et par la réflexion, l'association des idées, arrive peu à peu à des interprétations délirantes logiquement déduites d'un point de départ erroné. Il ne faudrait pas croire, en effet, que, dans la folie, le mécanisme psychique soit faussé dans toutes ses parties; le plus souvent, au contraire, les pensées s'enchaînent avec une logique rigoureuse. « Une conception délirante, a dit J.-P. Falret (1), se déduit d'une conception délirante par la même loi qu'une idée raisonnable engendre une autre idée raisonnable ».

2° Dans d'autres cas, les idées délirantes naissent subitement, primitivement, par suite d'une irritation spontanée des centres de l'idéation, par pur automatisme cérébral. Le malade, d'abord étonné, les accepte, en raison de la passivité qui le caractérise et n'en trouve que plus tard une explication compatible avec sa manière d'être psychique.

3° Les conceptions délirantes peuvent être la conséquence de troubles sensitifs et sensoriels (troubles de la sensibilité, illusions, hallucinations). Après une période de doute, d'hésitation, la sensation erronée est admise, assimilée en quelque sorte, et devient le point de départ d'opérations psychiques incorrectes aboutissant au délire.

Notons que le mécanisme inverse se produit souvent dans la folie confirmée, et qu'alors, ce sont les conceptions délirantes qui excitent la production d'hallucinations secondaires.

4° Les conceptions délirantes peuvent naître des rêves, qui, dans ce cas, se continuent purement et simplement à l'état de veille. Ce mode de production se rencontre surtout chez les individus atteints d'affaiblissement psychique, dans la démence sénile (2), ou encore dans le délire alcoolique (Lasègue).

(1) J.-P. Falret, *De la non-existence de la monomanie.* (*Archiv. méd.*, août 1845); et *Des Maladies mentales :* Paris, 1864.

(2) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie :* 1879.

L'ensemble des conceptions délirantes constitue le *Délire;* leur origine, leur enchaînement, leur nature, leur nombre donne au délire sa forme et ses caractères différentiels.

D'après MM. Ball et Ritti (1), toutes les conceptions délirantes susceptibles d'être observées chez les aliénés peuvent être groupées dans les huit catégories suivantes :

1° Idées de satisfaction, de grandeur, de richesse;

2° Idées d'humilité, de désespoir, de ruine;

3° Idées de persécution;

4° Idées hypocondriaques ;

5° Idées religieuses;

6° Idées érotiques;

7° Idées de transformation corporelle se rapportant soit à l'aliéné lui-même soit à son entourage;

8° Idées délirantes avec conscience; (folie avec conscience, agoraphobie, topophobie, claustrophobie, folie du doute avec délire du toucher, etc.).

Ces auteurs font observer avec raison que ces catégories sont loin d'être aussi limitées qu'elles le paraissent, et que dans la réalité, elles empiètent souvent les unes sur les autres. Une conception délirante peut, par exemple, suivant le cas, être rangée à la fois dans les idées religieuses et les idées de grandeur, etc.

Le désordre psychique peut affecter plus particulièrement telle ou telle des grandes fonctions de l'intelligence.

Ainsi, l'*idéation*, la *pensée* peut être plus particulièrement le siège du délire. Il en est ainsi dans la plupart des folies avec excitation; l'esprit s'exalte, l'imagination se donne carrière, la mémoire ravive des souvenirs perdus depuis longtemps; les idées se succèdent les unes les autres avec une rapidité de plus en plus grande, au point que le langage devient incohérent, que l'association des idées se vicie, que l'attention disparaît en totalité, et que les idées ne sont plus que le produit exclusif d'un automatisme cérébral de plus en plus désorganisé. Dans les cas de ce genre, le délire intellectuel n'est que prédominant, car il existe presque toujours des troubles conco-

(1) Ball et Ritti, Art. DÉLIRE (*Dict. encyclop. des sc. méd.*).

mitants des autres facultés (sensibilité morale, activité volontaire, sensations, etc.).

Dans certains cas cependant, on trouve le délire intellectuel à l'état isolé, et exclusivement formé de conceptions délirantes spontanées qui sont presque toujours de nature pénible et qui s'imposent à l'esprit du malade avec une ténacité désespérante.

La *sensibilité morale* est souvent troublée, et dans certains cas d'une façon exclusive, au moins pendant un certain temps. C'est par une altération des sentiments et de la sensibilité affective que débute ordinairement la folie, et ce trouble est loin de disparaître avec l'éclosion des symptômes d'une période plus avancée. On voit des malades rester indifférents aux plus grandes catastrophes domestiques, ne plus manifester aucune affection à leur proches; présenter au contraire des aversions et des haines inexplicables. Sous le moindre prétexte, ils témoignent vis-à-vis de leur famille, de leurs amis, de leurs parents, des sentiments de défiance et d'aversion, alors que dans le même temps ils prodiguent à des étrangers les témoignages d'une confiance et d'une affection qui n'ont aucune raison d'être. Beaucoup d'aliénés, surtout dans la période prodromique de leur maladie, ont conscience de ce délire des sentiments et s'en affligent.

Dans un autre groupe de faits, c'est le trouble des *sensations* qui impose au délire sa physionomie. Les conceptions délirantes sont alors engendrées par les illusions et les hallucinations dont nous donnerons plus loin la description. Elles sont aussi multiples, aussi variées que ces phénomènes eux-mêmes, et par leurs associations nombreuses, créent les délires les plus originaux et les plus bizarres.

Enfin, la *faculté d'agir*, qui n'est, dans les conditions ordinaires, excitée que par une cause déterminée, désir, passion, délibération volontaire, peut être complètement disjointe de ses mobiles habituels et entrer automatiquement en jeu sous forme d'impulsions irrésistibles. Ces impulsions peuvent se montrer comme phénomène isolé dans diverses maladies mentales, ou constituer à elles seules presque toute la maladie qui a été désignée, dans ces cas, sous le nom de *Délire des actes*.

Le délire des actes se rencontre dans la plupart des formes de l'aliénation mentale. Tantôt ce sont des actes de grossièreté, de malpropreté, d'impudeur (manie) ; tantôt des actes de fureur, de destruction, de violence aveugle et instantanée (manie suraiguë, épilepsie). D'autres fois, c'est le refus de nourriture (mélancolie) ; la tendance à absorber des choses malpropres, excréments, urine, corps étrangers de toutes sortes (démence). Enfin, viennent certains actes du caractère le plus dangereux, désignés sous le nom d'*impulsions*.

§ 3. — Impulsions

Parmi les *impulsions*, il en est quelques-unes dont l'importance est telle, au point de vue clinique, qu'il est nécessaire de s'y arrêter un instant.

Il est admis que le *suicide* peut exister en dehors de la folie. Il est, dans ce cas, causé par un mouvement passionnel violent, tel qu'une catastrophe domestique, la perte de l'honneur, la ruine, une déception amoureuse inopinée, etc. Mais dans ces conditions mêmes, il est vraisemblable que l'élément névropathique intervient fréquemment, et que le sujet, doué d'un moi débile, n'était pas capable d'exercer une action réfrénatrice suffisante sur ses centres émotifs.

Dans la folie confirmée, le suicide peut être : 1° un accident; par exemple chez le maniaque qui, en proie à des hallucinations terrifiantes, se précipite par une fenêtre, se jette dans une rivière, etc. Le but qu'il poursuit est de fuir, d'éviter un danger; non de se détruire ; 2° un acte logique, délibéré et combiné conformément à ses tendances délirantes. Ainsi le mélancolique à délire mystique qui se sacrifie à titre de victime expiatoire, dans le but d'être agréable à Dieu; 3° un acte morbide conforme aux tendances délirantes du sujet, mais avec impulsion subite et inconsciente, comme chez certains mélancoliques qui, dans un accès panophobique, se suicident par peur du dernier supplice dont ils se croient menacés ; 4° une impulsion irrésistible pure, constituant à elle seule tout le syndrôme psychopathique, dont le malade a pleine conscience, contre laquelle il lutte, mais

à laquelle il finit le plus souvent par succomber (folie héréditaire).

L'*homicide* comporte des distinctions analogues : 1° Les aliénés tuent par vengeance, par ressentiment. Ce sont les persécutés, les hallucinés, qui croient avoir découvert l'auteur de leurs maux et qui se vengent; les alcooliques qui, se croyant poursuivis, cherchent à se débarrasser d'un ennemi prêt à les atteindre ; 2° il en est qui tuent pour obéir à une conception délirante, à une hallucination qui leur commande de frapper ; comme ce mélancolique de Morel qui entendait : si tu tues quelqu'un tu seras sauvé; 3° d'autres combinent et exécutent un meurtre, les persécutés par exemple, dans le but de faire du bruit, d'appeler l'attention sur eux, et d'en profiter pour faire entendre *urbi* et *orbi* leurs doléances et leurs récriminations ; d'autres, pour avoir le temps de se réconcilier avec Dieu avant de comparaître devant sa justice; 4° les épileptiques tuent, ou plutôt massacrent par impulsion aveugle, instantanée, dont le plus souvent ils ne conservent aucun souvenir ; 5° enfin, comme pour le suicide, il existe une forme de folie héréditaire ou l'impulsion au meurtre naît spontanément dans l'esprit, s'installe à l'état d'obsession consciente, et triomphe parfois de la résistance de l'individu.

L'*impulsion à l'incendie* est encore un symptôme appartenant à des formes psychopathiques diverses. On l'observe principalement chez les imbéciles, qui, en mettant le feu, cèdent soit à l'imitation, soit à un sentiment de vengeance; chez les aliénés chroniques à idées ambitieuses qui se croient appelés à de grandes destinées et se font les justiciers de la colère divine; chez les femmes et les jeunes filles pendant certaines périodes critiques ou difficiles : grossesse, menstruation, puberté, hystérie, etc., chez ces derniers sujets seuls, il s'agit d'une impulsion pure avec ses caractères habituels, conscience et irrésistibilité.

La *tendance au vol* est un symptôme psychopathique au même titre que les précédents. Presque tous les aliénés déments, à intelligence très affaiblie, beaucoup d'imbéciles, ont une propension à dérober toutes sortes d'objets et à les cacher ; ils n'en ont le plus souvent pas con-

science; et l'acte exécuté, ils n'en conservent pas le souvenir. Les paralytiques généraux, dans la première période de leur affection, s'emparent de toutes sortes de choses, tantôt par pure impulsion instinctive, comme chez les malades précédents, tantôt parce qu'ils se croient réellement propriétaires des objets dont ils s'emparent. D'autres enfin, sont poussés au vol par une impulsion irrésistible dont ils ont conscience, mais à laquelle ils sont impuissants à se soustraire : ce sont des hystériques, des héréditaires, des dégénérés.

Les *impulsions génésiques* donnent lieu à des distinctions non moins importantes. A côté de cette autre catégorie d'obsédés et d'impulsifs qui sont irrésistiblement poussés à des actes contraires à la morale sexuelle (inceste, pédérastie, cohabitation avec des cadavres, masturbation, inversion du sens génital, etc.), il y a des malades qu'une excitation violente des organes génitaux pousse à rechercher irrésistiblement les rapprochements sexuels (nymphomanie, satyriasis, début de la paralysie générale) ; et les instinctifs inconscients ou subconscients, dont l'intelligence est affaiblie, tels que les vieillards qui se livrent à des attentats à la pudeur, et les exhibitionnistes de Lasègue.

L'*impulsion à boire* se présente aussi dans des circonstances bien différentes : dans la période prodromique de certaines aliénations (paralysie générale, folie circulaire, etc.), où elle est purement instinctive, et chez le véritable impulsif, le dipsomane, qui se livre périodiquement aux excès de boisson tout en luttant contre ce funeste penchant.

En somme, les impulsions véritables peuvent se diviser en deux classes distinctes :

1° Les unes sont de *purs réflexes*, comme chez les déments, les paralytiques, les imbéciles, les maniaques. Elles sont exécutées aussitôt que conçues, sans délibération, sans intervention du moi, ni souvent de la conscience.

2° Les autres sont des tendances automatiques dont le malade a conscience, dont il se rend pleinement compte, mais que son moi trop faible ne peut réfréner. Il y a chez lui défaut d'équilibre entre les centres psycho-moteurs et les centres modérateurs.

§ 4. — Hallucinations

Le premier, Esquirol (1) a donné une définition exacte de l'hallucination : « Un homme, dit-il, qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état d'hallucination ».

A l'état physiologique, il faut, pour qu'une sensation ait lieu, trois conditions essentielles : 1° l'impression produite sur un organe sensoriel par un objet extérieur ; 2° la transmission de cette impression au cerveau par les nerfs conducteurs; 3° sa réception au cerveau qui en a conscience. Dans l'hallucination, les deux premiers temps du processus manquent; c'est, dit Ball, une perception sans objet.

Description. — Les *hallucinations de l'ouïe* sont de beaucoup les plus fréquentes, et en raison de leur pathogénie, les plus compliquées. Certains malades selon Baillarger (2), entendent trois ou quatre et jusqu'à dix ou douze voix différentes.

Parmi les hallucinés de l'ouïe, il en est qui n'entendent que des bruits, des tintements, des sifflements, des détonations (hallucinations élémentaires). D'autres n'entendent que quelques mots toujours les mêmes : ce sont en général des mots grossiers, des injures. Quelques-uns entendent des phrases entières relatives à leurs préoccupations actuelles et à leurs idées délirantes. Tels sont ceux qui entendent lire leur acte d'accusation, leur condamnation à mort.

Règle générale qui comporte bien peu d'exceptions, ces hallucinations sont toujours de nature pénible. Cela s'explique, les hallucinations de l'ouïe se manifestant surtout dans les formes mélancoliques de la folie et ne se développant le plus souvent que secondairement, alors que le

(1) Esquirol. *Maladies mentales :* Paris, 1838.
(2) Baillarger, *Des hallucinations* (*Mémoires de l'Acad. de méd.* 1846).

trouble mental est déjà constitué, et comme conséquence du délire.

Les voix qu'entendent les hallucinés s'adressent à eux tantôt à la deuxième personne, leur donnant des ordres, leur défendant telle ou telle action; tantôt à la troisième, et alors elles ont trait aux complots et aux embûches dont ils se croient menacés. Certaines hallucinations reproduisent toutes les pensées du malade, d'autres tout ce qu'il dit; d'autres reflètent les combats de sa conscience; il est alors tiraillé par deux voix contraires, l'une qui lui commande un acte, l'autre qui le lui défend.

Les hallucinations ont de telles connexions avec le délire de certains aliénés qu'au lieu de se manifester automatiquement, selon le cas le plus ordinaire, elles attendent pour apparaître qu'ils les provoquent eux-mêmes en s'adressant à des êtres imaginaires avec lesquels ils soutiennent des conversations plus ou moins régulières. Il importe toutefois de noter que tous les aliénés qui parlent à des interlocuteurs fictifs ne sont pas hallucinés. Certains maniaques, en effet, pour donner un aliment à leur activité morbide, se créent, sans pour cela croire à sa réalité, un monde fantastique avec lequel ils conversent, discutent, auquel ils adressent des harangues incohérentes, tout cela sans hallucinations réelles.

Chez les aliénés qui possèdent plusieurs langues, les hallucinations se produisent dans les divers idiomes qu'ils connaissent en se servant de préférence de celui qui leur est le plus familier. Esquirol a rapporté l'exemple d'un halluciné polyglotte chez lequel les voix se servaient indistinctement de toutes les langues de l'Europe ; une seule était entendue avec moins de netteté parce qu'elle employait la langue russe que le malade ne connaissait qu'imparfaitement.

Les hallucinations affectent habituellement les deux oreilles. Dans quelques circonstances, ainsi que l'ont signalé Calmeil, Moreau (de Tours), Michéa, Baillarger, l'hallucination est unilatérale. Enfin dans quelques cas plus rares encore, l'hallucination est bien bilatérale, mais elle se montre avec des caractères différents suivant le côté affecté. L'oreille droite, par exemple, n'entend que

des choses agréables, tandis que l'oreille gauche ne perçoit que des injures (1).

Il se passe, chez nombre d'hallucinés chroniques, un phénomène voisin de l'hallucination de l'ouïe que nous venons de décrire, mais qui en diffère en ce qu'au lieu d'être projeté au dehors sous forme de voix, le trouble intellectuel demeure cantonné dans l'intérieur des centres psychiques. Ce ne sont plus des *voix* qu'ils entendent, mais des *pensées*. Ces aliénés prétendent converser *d'âme à âme* avec des interlocuteurs invisibles ; ils disent entendre la *pensée*, le *langage de la pensée*. On répète tout ce qu'ils pensent, tout ce qu'ils disent ; on leur vole leurs pensées, *tout se récite*. D'autres prétendent qu'une voix, *qui ne fait pas de bruit*, leur parle sur le cerveau, sur la bouche, à l'épigastre, sur diverses parties du corps. Désignant les hallucinations vraies sous le nom d'hallucinations *psycho-sensorielles*, Baillarger réserve à ce nouveau phénomène le nom d'hallucinations *psychiques*. On les rencontre le plus souvent chez les malades qui ont eu d'abord des hallucinations complètes. Nous essayerons plus loin d'expliquer ce symptôme bizarre.

Les *hallucinations de la vue* ne sont pas rares chez les personnes saines d'esprit ; une émotion vive, un accès fébrile peuvent les faire naître. Chez les aliénés, elles sont moins fréquentes, et surtout d'un pronostic moins grave que celles de l'ouïe. Tout en offrant des variétés tout aussi nombreuses, elles sont cependant moins compliquées.

Certains malades sont poursuivis pendant un temps plus ou moins long par la vue d'un seul objet, toujours le même. Le plus souvent, des objets très variés se succèdent sans suite, devant les yeux du malade ; tantôt ce sont des ombres, des silhouettes vagues, des fantômes ; tantôt se sont des formes précises, des figures d'hommes, de femmes, d'oiseaux, d'animaux ; des bâtiments qui se dressent ou s'écroulent subitement, des tableaux, des emblèmes, la Vierge, les Saints, le Christ, etc. Ces divers objets se meuvent, s'approchent, s'éloignent, grossissent, diminuent tour à tour.

(1) Magnan, *Des hallucinations bilatérales de caractère différent.* (*Archives de neurologie* 1883.)

Tantôt les visions sont en rapport avec les préoccupations actuelles du malade, et reflètent en partie son délire; tantôt elles reproduisent ses sensations vives antérieures, (scènes de combat, de meurtre, incendie, vue d'un cadavre, etc.); tantôt elles sont en rapport avec la nature même de la cause qui les détermine. Ainsi dans le délire alcoolique, les malades voient autour d'eux des animaux immondes, rats, crapauds, serpents, lézards, chats, etc. Dans les visions des extatiques, des démonopathes (sabbat des sorciers), des hystériques (période délirante de l'attaque), on trouve une certaine cohésion qui n'existe pas en général chez les aliénés; ce sont des scènes entières qui se déroulent et dont les tableaux s'enchaînent les uns les autres.

Les hallucinations de la vue peuvent aussi être unilatérales. Ces dernières sont parfois causées par une lésion oculaire et on cite des hallucinations unilatérales de la vue guéries par l'iridectomie ou l'extraction du cristallin.

Enfin, de même que la surdité chez les aliénés entraîne fatalement des hallucinations de l'ouïe, il est assez fréquent de voir des aveugles avoir des hallucinations de la vue.

Les *hallucinations du goût* et *de l'odorat* sont des hallucinations élémentaires, beaucoup moins complexes que celles de l'ouïe. En fait, elles sont difficiles à distinguer des illusions des mêmes sens. Elles sont surtout communes au début de la folie, dans la période aiguë de cette maladie ; elles coëxistent fréquemment avec un état saburral de la langue et de l'estomac et motivent le refus des aliments. Les aliments contiennent des poisons, l'air est infecté de gaz délétères, de substances chimiques, de mauvaises odeurs; il en est qui se croient pourris, et prétendent exhaler des émanations empestées.

Il est très ordinaire de voir les persécutés se plaindre qu'on mêle à leurs aliments du vitriol, de l'arsenic, de la terre, de l'urine, du sperme, des matières fécales, des médicaments. Il s'agit plutôt chez ces malades d'illusions que d'hallucinations véritables, car ils n'émettent ces interprétations qu'à l'occasion de sensations réelles.

Les *hallucinations du toucher* sont également faciles à confondre avec les illusions du même sens. Certains

malades se prétendent pincés, piqués, soumis à toutes sortes de tortures. D'autres disent être frappés pendant leur sommeil, soumis à des épreuves douloureuses, à des expériences de physique et de magnétisme. D'autres sentent ramper sur leur peau des araignées, des insectes, des chenilles, des rats, des crapauds. D'autres se sentent brûlés par des poudres, mouillés par des liquides, du sang ; secoués par des commotions électriques. Il ne s'agit plus seulement alors d'hallucinations tactiles, mais d'hallucinations de la *sensibilité générale*, ou plutôt d'illusions. Ces illusions se rencontrent non seulement chez les aliénés chroniques persécutés, mais aussi chez les hypocondriaques. Les uns se croient transportés en l'air, brusquement descendus dans des précipices ; les autres se sentent la tête si légère qu'elle leur paraît vide ; d'autres, au contraire, s'imaginent avoir des organes de plomb, etc. Les troubles de la sensibilité sont innombrables et ne sauraient être décrits en détail. Ils varient d'ailleurs suivant les individus. Certains malades, exempts de lésions organiques, croient leurs poumons décrochés, détruits, leur cœur disparu, leurs nerfs racornis, leurs viscères changés de place. D'autres croient leur ventre habité, rempli d'animaux immondes ; d'autres se croient dédoublés ; se sentent grandir ou rapetisser, comme dans la paralysie générale. Ces conceptions délirantes manifestement créées par des troubles de la sensibilité générale, servent dans certains cas à caractériser certains délires ou certaines formes mentales.

Enfin, il existe encore une catégorie d'hallucinations : ce sont celles des organes sexuels. Elles s'observent dans les deux sexes, mais sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Elles se plaignent d'attouchements impudiques, de sensations internes qui leur font croire à des tentatives de viol, à l'introduction de corps étrangers dans leurs parties génitales. D'autres se croient enceintes, sentent remuer le fœtus, et sont convaincues au bout d'un certain temps qu'elles ont accouché. Les hommes se sentent plus particulièrement soumis à des tentatives de pédérastie ou de masturbation.

Fréquence. — La moitié à peu près des aliénés ont des

hallucinations et les hallucinations de l'ouïe représentent à elles seules la moitié de toutes celles qu'on observe dans l'aliénation mentale. Puis viennent celles de la vue, un peu moins fréquentes ; enfin celles du goût, de l'odorat et du tact qui n'entrent dans la totalité que pour une proportion minime.

Les hallucinations de la vue, communes dans les formes aiguës de la folie, s'y associent avec toutes les autres, surtout avec les hallucinations de l'ouïe, du goût et de l'odorat.

Dans le délire alcoolique, les hallucinations de la vue sont prédominantes et s'associent surtout avec celles du tact.

Dans la folie chronique, dans le délire de persécution, les hallucinations qui forment en quelque sorte la substance même de la maladie, peuvent se présenter isolément ou s'associer de diverses manières. Les hallucinations de l'ouïe sont les plus importantes. Elles sont presque constantes et sont les premières et les dernières à alimenter les conceptions délirantes. Toutes les autres peuvent manquer. Lorsqu'elles surviennent, elles s'associent aux hallucinations de l'ouïe d'une manière variable. Nous croyons pouvoir les ranger par ordre de fréquence de la façon suivante :

1° Hallucinations de l'ouïe ;

2° Hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale ;

3° Hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale, de l'odorat et du goût ;

4° Hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et du goût seulement.

Dans cette forme vésanique, les hallucinations de la vue sont généralement absentes, et quand elles apparaissent, il convient de rechercher la présence d'un nouvel élément morbide, l'alcoolisme par exemple.

Physiologie pathologique. — Le phénomène *hallucination* est un des plus nets de la psychopathologie, un des plus faciles à étudier cliniquement, et cependant un des plus difficiles à interpréter au point de vue physiologique. Nous allons passer en revue les principales théories qui ont été émises à ce sujet.

La première en date est celle d'Esquirol connue sous le nom de théorie *psychique*. Pour cet auteur, en effet, l'hallucination est un phénomène cérébral ou psychique, qui s'accomplit indépendamment des sens. L'habitude d'associer la sensation à l'objet extérieur qui la provoque ordinairement fait prêter de la réalité à de simples produits de l'imagination et de la mémoire, car les hallucinations ne sont que des images, des idées reproduites par la mémoire et associées par l'imagination. L'observation clinique démontrant que la perte des sens externes n'empêche pas les hallucinations de se produire, il n'est pas possible de placer le siège des hallucinations dans les extrémités de l'organe sensoriel, par conséquent, il doit être dans le centre de la sensibilité mis en action par des causes variables : commotion violente, forte contention d'esprit, véhémente passion, effet sympathique de certains organes plus ou moins éloignés, comme il arrive dans les folies sympathiques, dans les fièvres, les phlegmasies ou par l'ingestion de certains poisons dans l'estomac.

La théorie psychique a été soutenue par Lélut, Peisse, Griesinger, etc.

La théorie *sensorielle ou périphérique*, au contraire, place le point de départ de l'hallucination dans les organes des sens. Elle a été défendue par des physiologistes tels que Burdach et Muller, et par des médecins comme Foville père et Calmeil. Cette théorie s'appuie sur ce fait que les lésions visibles des organes des sens (lésions de la cornée, de l'oreille moyenne, etc.) sont souvent le point de départ des hallucinations ; et sur cette hypothèse que des modifications internes analogues à celles qui sont provoquées par les excitants spécifiques des divers sens, peuvent se développer spontanément, à titre de phénomène pathologique, dans les organes mêmes des sens qui, à leur tour, réagissent sur l'encéphale.

Posant en principe d'une part que la représentation mentale, même portée à son plus haut degré, ne peut arriver jusqu'à la reproduction complète de la sensation et que l'hallucination n'est pas seulement l'exagération du phénomène normal du rappel des perceptions ; d'autre part, que sans le secours de la mémoire et de l'imagination, les sens seraient impuissants à créer à eux seuls ce phéno-

mène, Baillarger a été conduit à admettre que l'hallucination véritable est toujours formée de deux éléments ; l'un *psychique* et l'autre *sensoriel*; d'où l'origine de la théorie *psycho-sensorielle*. Selon cet auteur, trois conditions sont nécessaires pour la production des hallucinations : 1° l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ; 2° la suspension des impressions externes ; 3° l'excitation interne des appareils sensoriaux. La participation des organes des sens aux hallucinations ne saurait être expliquée, mais elle peut, jusqu'à un certain point, être prouvée par le témoignage même des hallucinés, qui déclarent ne pouvoir faire aucune différence entre la fausse perception et la réelle ; par l'existence des hallucinations unilatérales ; par le déplacement de l'hallucination suivant le mouvement imprimé à l'organe sensoriel ; par l'action suspensive qu'exerce sur ce symptôme chez certains malades, l'action de se boucher le nez, les yeux et les oreilles. Quant à la direction que suit le phénomène dans sa production, on peut faire deux hypothèses : le point de départ est dans l'organe des sens (de dehors en dedans) ; ou dans l'intelligence, dont l'irritation retentit sur l'organe (de dedans en dehors). Tout en reconnaissant qu'on n'a aucune idée de la façon dont ce fait peut se produire, Baillarger admet la dernière alternative.

Mais cette théorie n'expliquant pas tous les faits, Baillarger a été conduit à diviser les hallucinations en deux classes : 1° les hallucinations complètes, *psycho-sensorielles*, composées de deux éléments et qui sont le résultat de la double action de l'imagination et des organes des sens ; 2° les hallucinations incomplètes ou *psychiques*, dues seulement à l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, tout à fait étrangères aux organes des sens (1).

La théorie psycho-sensorielle est assurément celle qui donne la meilleure explication de l'hallucination, aussi depuis sa naissance, a-t-elle été accueillie favorablement par presque tous les auteurs. Cependant les recherches modernes sur la physiologie du cerveau ont permis de pousser plus avant l'explication du

(1) Baillarger, *Mémoires de l'Acad. de méd.* 1846.

phénomène, et de formuler de nouvelles hypothèses qui ont servi de point de départ à deux théories nouvelles : la *théorie ganglionnaire* et la *théorie corticale*.

D'après Luys, les couches optiques seraient le siège des sensations brutes. Les impressions périphériques viennent s'y condenser, pour de là être irradiées dans la substance corticale, où elles se transforment en sensations conscientes. En s'emparant de ces données, Ritti (1), conclut que le processus hallucinatoire est le résultat d'une activité spontanée des cellules de la couche optique, activité qui s'irradie dans les réseaux cellulaires de la couche corticale, où elle donne lieu à des hallucinations absolument comparables aux sensations véritables. Les principes physiologiques sur lesquels elle repose n'étant pas généralement admis, il en résulte que la théorie ganglionnaire ne compte qu'un nombre restreint de partisans.

La découverte des diverses localisations fonctionnelles de l'écorce cérébrale a immédiatement conduit à localiser dans les centres psycho-sensoriels le siège des hallucinations. Pour Tamburini (2), la cause fondamentale des hallucinations est un état d'excitation des centres corticaux dévolus à la sensibilité spéciale. Féré et Binet (3) ont tiré de diverses expériences exécutées chez des hystériques, des arguments probants à l'appui de cette opinion. Pour Ferrier (4), l'hallucination n'est que le ravivement, par ébranlement moléculaire du centre cortical, de la sensation ; ravivement assez intense pour ramener réellement l'impression périphérique.

Supposons, dit encore Hagen (5), l'irritation d'un centre nerveux : cette irritation qui, d'après une direction centrifuge, se transmet aux nerfs qui en émanent, sollicite un mouvement fonctionnel insolite, exagéré, et souvent indépendant de la volonté. Si les nerfs ainsi sollicités dans une direction centrifuge sont des nerfs moteurs, l'effet produit dans les muscles s'appelle *crampe*. Si le même effet a eu lieu dans les nerfs sensibles, nous l'appelons *hallucina-*

(1) Ritti, *Théorie physiologique de l'hallucination ;* 1874.
(2) Tamburini, *Revue scientifique ;* 1885.
(3) Feré et Binet, *Revue scientifique :* 1885.
(4) D. Ferrier, *Les fonctions du cerveau :* 1878.
(5) Hagen, *Annales* 1870, et *Allgem. Zeitschrift, f. Psych.:* 1868.

tion. L'hallucination est une *crampe des nerfs sensibles.*

La théorie *corticale* des hallucinations est vraiement la seule qui nous donne une explication satisfaisante, non seulement des hallucinations complètes, mais encore des hallucinations psychiques de Baillarger, phénomène qui, en raison de son étrangeté, présentait jusqu'en ces derniers temps à l'esprit quelque chose de mystérieux.

Reportons-nous à la théorie de la formation du langage à l'aide des quatre groupes d'images, auditives, visuelles, motrices d'articulation et motrices graphiques. Dans cette hypothèse qui n'est plus guère discutée aujourd'hui, les hallucinations complètes de l'ouïe sont dues à l'irritation du *centre auditif des mots*, et les hallucinations psychiques à l'irritation du *centre moteur d'articulation.* De sorte que l'hallucination psychique n'a plus rien qui en fasse un phénomène à part, c'est une hallucination réelle, véritable, au même titre que les autres.

Une remarque assez curieuse, faite par Séglas (1), c'est que dans les affections mentales où les deux ordres d'hallucinations existent, elles apparaissent en suivant une marche parallèle à celle de la formation du langage. « Le persécuté, par exemple, commence par entendre des sons indistincts (hallucinations auditives communes), puis des voix différenciées (hallucinations verbales auditives), et n'arrive que plus tard à noter des voix intérieures (hallucinations verbales psycho-motrices). »

Selon le même auteur, on retrouverait chez quelques hallucinés des hallucinations verbales *visuelles* (malade voyant écrit sur un mur les mots *maudite* ou *damnée*) ; et des hallucinations *motrices graphiques* (médiums écrivant d'une façon automatique).

Pathogénie. — Les hallucinations les plus simples peuvent être provoquées par des causes extérieures, telles que l'irritation d'un nerf sensoriel (lésions oculaires, lésions de l'oreille moyenne), un traumatisme, une impression longtemps prolongée ou la répétition incessante de la même sensation.

(1) J. Séglas, *L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage.* (*Prog. méd.* 1888.)

Les impressions morales vives, telles que la vue d'un meurtre, d'une exécution, d'un objet repoussant ou terrible ; les ténèbres, la frayeur, une crainte préconçue, sont parmi les causes les plus fréquentes des hallucinations, principalement de la vue.

Les hallucinations de l'ouïe, au contraire, sont plus souvent le résultat d'un travail psychologique, d'une concentration trop prolongée de l'esprit sur une idée morbide Dans le délire des persécutions, par exemple, on voit les hallucinations ne se produire que comme conséquence de la réflexion, d'un raisonnement, d'une association d'idées. Le persécuté rumine longtemps ses conceptions délirantes avant d'éprouver sa première hallucination de l'ouïe, et un long temps peut s'écouler encore avant l'apparition des idées d'empoisonnement et des hallucinations du goût et de l'odorat, du toucher et de la sensibilité générale.

Les délires où l'automatisme psychique est le plus développé, où la conscience est le plus obscurcie, sont aussi comme nous l'avons fait remarquer ailleurs (1), ceux où les hallucinations sont le plus intenses. Tels sont les délires toxiques, comme celui des alcooliques, ou les délires névropathiques, comme ceux de l'hystérie et de l'épilepsie. Dans les délires vésaniques, au contraire, on voit les hallucinations ne se produire qu'avec plus de difficulté, et seulement par un mécanisme psychologique compliqué.

De même, les maladies qui ont une action indirecte sur l'encéphale, telles que la congestion cérébrale, la méningite, l'encéphalite, les fièvres de toute nature, les affections inflammatoires, la rage, la chorée, l'inanition, ont une influence directe et énergique sur la production des hallucinations. Il convient d'y ajouter certains états physiologiques, tels que les troubles de la digestion, la continence, etc.

L'âge, le sexe, les climats, les professions, l'hérédité, n'ont aucune importance réelle au point de vue de l'étiologie des hallucinations.

Il n'en est pas de même de la contagion, qui, pendant

(1) A. Cullerre, *Magnétisme et hypnotisme;* Paris, 1886.

des siècles, a exercé une action toute puissante sur la production de ce phénomène. Aux époques de croyance au démon, d'innombrables hallucinés racontaient à l'envi, dans leurs plus minutieux détails, les scènes scandaleuses du sabbat auxquelles ils prétendaient avoir assisté et qu'ils n'avaient qu'entendu décrire.

Les rêves ont une influence marquée sur la genèse des hallucinations chez les aliénés. S'il n'est pas absolument prouvé que certains délires ne sont que des rêves prolongés pendant la veille (Lasègue), il est fréquent de voir des aliénés prendre texte, pour délirer le jour, des hallucinations qu'ils ont éprouvées la nuit en dormant. On a vu chez des personnes saines, des hallucinations développées pendant le sommeil, persister après le réveil et entraîner les plus graves conséquences, un meurtre par exemple. Il y a des raisons de croire que l'état panophobique que certains mélancoliques éprouvent, dès leur réveil, est dû à la même cause.

L'état intermédiaire entre la veille et le sommeil amène un redoublement d'activité, selon Marcé, dans les illusions et les hallucinations chez les sujets habituellement en proie à des troubles sensoriaux, ce qui est de nature à confirmer notre hypothèse précédente. Il suffirait à certains aliénés ou prédisposés de fermer les paupières pour que ces hallucinations dites hypnagogiques (1), se produisent. Elles disparaissent sous la moindre influence, un bruit, une lumière. Pendant que ces hallucinations se déroulent avec un enchaînement plus ou moins logique, l'esprit à demi-conscient assiste en étranger à toutes les particularités du phénomène dont il peut se rendre compte sans pouvoir l'empêcher.

Enfin, certaines intoxications passagères (absinthe, alcool, belladone, haschisch, opium, chloroforme, etc.), déterminent de violentes hallucinations, principalement visuelles, confuses et fantastiques.

Hallucinations compatibles avec la raison. — Les hallucinations ne sont pas nécessairement toujours symptômatiques du délire et de l'aliénation mentale. Tout le

(1) A. Maury, *Ann. méd. psychologiques;* 1857.

monde peut en éprouver d'une façon accidentelle, et certaines conditions intellectuelles, telles que l'attention concentrée sur une idée, l'attente d'un évènement, la peur, peuvent en faciliter l'éclosion. Un état de santé fâcheux, une digestion pénible, une impression désagréable, un tempérament névropathique, peuvent aussi les favoriser. Chez les hypocondriaques, les hallucinations viscérales naissent avec une extrême facilité.

En dehors de ces conditions générales, certaines personnes prédisposées y sont plus particulièrement sujettes, sans pour cela cesser d'être raisonnables, mais par leur répétition et leur durée, elles finissent par ébranler l'équilibre des facultés et entraîner un état mental pathologique, ou tout au moins voisin de l'aliénation mentale.

Parmi les hallucinés sains d'esprit, les uns ont conscience de leurs hallucinations et savent se rendre compte que les phénomènes insolites qu'ils éprouvent du côté des sens n'ont aucune réalité objective. Les autres, tout en ce conformant aux règles de la raison, croient à la réalité de leurs fausses sensations, soit par ignorance, soit par superstition (hallucinations religieuses collectives, hallucinations des extatiques et des illuminés).

Il y a quelques hallucinés célèbres parmi les grands hommes doués d'une constitution névropathique. On cite entre autres : Socrate (1), Mahomet, Luther, Jeanne d'Arc, Pascal, et quelques grands saints et fondateurs d'ordres religieux.

§ 5. — Illusions

Les *illusions* offrent chez les aliénés les rapports les plus intimes avec les hallucinations et parfois se confondent avec elles. Néanmoins, elles s'en montrent assez nettement séparées dans la plupart des cas pour mériter une étude spéciale.

Tandis que l'hallucination est fabriquée de toutes pièces par le cerveau surexcité, l'illusion n'est que l'interprétation vicieuse d'une impression réelle. C'est une sensation modifiée ou transformée par un cerveau en délire.

(1) Lélut, *Du démon de Socrate ;* Paris, 1856.

« Dans les illusions, dit Esquirol, qui le premier a nettement différencié et décrit les deux phénomènes, la sensibilité des extrémités nerveuses est altérée, elle est exaltée, affaiblie ou pervertie ; les sens sont actifs, les impressions actuelles sollicitent la réaction du cerveau. Les effets de cette réaction étant soumis à l'influence des idées et des passions qui dominent la raison des aliénés, ces malades se trompent sur la nature et sur la cause de leurs sensations actuelles. »

« Les illusions ne sont pas rares dans l'état de santé, mais la raison les dissipe. Une tour carrée vue de loin paraît ronde ; si l'on approche, l'erreur est rectifiée. Lorsqu'on voyage dans les montagnes, l'on prend souvent les montagnes pour des nuages ; l'attention ne tarde pas à corriger cette erreur. Pour celui qui est dans un bateau, le rivage paraît fuir ; la réflexion détruit bientôt cette illusion. »

Chez les aliénés, au contraire, l'intervention de l'intelligence, loin de détruire l'illusion, sert à la créer. Un persécuté entend deux personnes converser et perçoit dans leurs paroles des menaces ou des injures ; un autre voit dans un parent un ennemi dont il a eu jadis à se plaindre; un autre prendra une pierre pour un diamant ou un objet précieux, etc.

Description. — Les illusions de la vue sont les plus nombreuses. Par elles, les malades voient les objets modifiés dans leurs qualités physiques, forme, grandeur, dimension, couleur, etc. Un nuage devient un ballon ou un corps d'armée, un fragment de verre, un caillou, paraît une pierre précieuse ; une ombre devient un animal fantastique ; la boisson est prise pour du sang, les mets pour de la chair humaine. Certains aliénés voient les objets grossis, rapetissés, renversés, tremblottants ; lorsqu'ils veulent lire ou écrire, les caractères chevauchent les uns sur les autres ou s'élancent du papier. Leurs illusions sur les personnes sont incessantes ; ils croient reconnaître aux gens avec qui ils vivent les traits d'un sexe différent du leur, ceux de quelque personnage de haute naissance, ou encore ceux de quelque parent. En revanche, ils repoussent souvent ces derniers qu'ils refusent de reconnaître.

Dans les *illusions de l'ouïe*, le malade prend un bruit quelconque pour une parole injurieuse, pour une détonation, pour le signal de sa condamnation ou de son supplice. Le maniaque croit reconnaître dans les propos qu'il entend des acclamations et des vivats ; le mélancolique, au contraire, des paroles injurieuses, des reproches ou des menaces. Chez les anxieux, tous les bruits sont interprétés dans le sens du délire et redoublent la terreur à laquelle ils sont en proie.

Les *illusions du goût et de l'odorat* coïncident souvent chez les aliénés avec un état saburral des voies digestives. Les uns sentent des gaz méphitiques répandus dans l'air ; les autres trouvent une odeur ou un goût désagréable aux aliments qu'on leur sert. Il en résulte souvent des idées d'empoisonnement, des protestations violentes et un refus persistant de nourriture.

Les divers modes de la sensibilité tactile procurent aux aliénés des illusions innombrables. Les uns, atteints de rhumatismes ou de névralgies, croient qu'on les martyrise, qu'on les crucifie ; d'autres qu'on les électrise, qu'on les soumet à des pratiques magnétiques. Pour certains, le poids des objets est modifié ; ils paraissent tantôt plus légers, tantôt plus lourds, qu'ils ne sont en réalité, et ce phénomène donne lieu aux interprétations délirantes les plus bizarres. Quelques-uns ont perdu le sens de la température et se croient brûlés.

Les troubles de la sensibilité viscérale sont autant d'occasions d'illusions pour les aliénés. Il en est qui croient avoir des animaux, des serpents, des grenouilles, dans l'estomac ; d'autres prétendent que leur ventre est habité par des soldats, un concile, des diables. Les illusions des organes génitaux, fréquentes surtout chez la femme, existent chez presque toutes les délirantes systématiques. Il n'est pas rare de trouver à l'autopsie de ces malades des lésions de l'organe qui était le siège des troubles sensitifs : cancers, adhérences intestinales, métrites, etc.

Article II

SYMPTÔMES PSYCHIQUES

§ 1er. — Habitus extérieur

L'aliénation mentale ne se manifeste pas seulement par des symptômes psychiques ; elle se trahit encore par de nombreux signes extérieurs, attitude, physionomie, aspect des téguments, déformation de la tête et de ses annexes.

Attitude. Physionomie. — Les aliénés en état d'excitation ont une allure hardie, provoquante ou orgueilleuse ; leurs yeux sont brillants, leurs traits expriment la satisfaction, l'orgueil ou la colère; ils parlent bruyamment et avec volubilité. Leurs mouvements sont brusques, saccadés, désordonnés; ils ne peuvent tenir en place, vont, viennent avec animation, se livrent à des actes désordonnés ou hors de situation et donnent libre cours aux passions qui les agitent et à leurs conceptions délirantes. Leur tenue répond à leur attitude : leurs vêtements sont en désordre, maculés, déchirés, débraillés, souvent ornés d'oripeaux, de fleurs, de verroteries, de fragments de métal brillant ; leurs mains sont sales, leurs cheveux en désordre, leur bouche et leur nez souillés par des mucosités desséchées.

Dans l'aliénation à forme dépressive, les malades sont ordinairement taciturnes, concentrés, passifs ; ils restent silencieux et assis ou accroupis dans quelque coin, la tête baissée, les traits douloureusement contractés. A peine peut-on leur arracher quelques paroles brèves; parfois même ils s'enferment dans un mutisme obstiné. Plus la dépression est accentuée, et plus ils se montrent indifférents au monde extérieur.

Les aliénés chroniques, dans un asile, ont tous la même attitude, le même visage, le même aspect extérieur. Tout entiers à leurs hallucinations et à leurs conceptions délirantes, ils restent étrangers non seulement au monde extérieur, mais encore les uns aux autres. Insouciants de

toutes les choses de la vie, indifférents aux saisons, à la pluie, aux morsures du froid comme aux ardeurs du soleil, ils resteraient exposés à toutes les intempéries, si on ne prenait pour eux, les précautions dont ils sont incapables.

Il y a en résumé, suivant l'expression de Morel, un *masque de l'aliénation mentale*, et chaque genre de folie a un *faciès* tellement particulier, que son seul aspect, pour un initié, suffit souvent au diagnostic.

Il est encore quelques autres signes extérieurs moins constants, mais non moins importants au point de vue clinique. Tels sont les modifications de la pupille et les embarras de la parole, si précieux pour le diagnostic de la paralysie progressive, et des folies organiques en général.

Téguments. — La nutrition de la peau est profondément troublée dans les formes chroniques de la folie, surtout lorsqu'elles s'accompagnent de dépression. Esquirol fait observer que le mélancolique a le corps maigre et grêle, le teint jaunâtre, la peau brune, noirâtre, aride, écailleuse. Le maniaque, lorsque l'affection se prolonge, prend aussi un teint terreux qui passe au brun noirâtre si le malade a été exposé au grand air et aux rayons du soleil. Chez les stupides, les extrémités sont, en outre, froides, violacées, quelquefois infiltrées.

« Chez les aliénés, les cheveux, dit Guislain, présentent des modifications qui ne peuvent échapper à l'attention du médecin. Dans les cas graves, les cheveux subissent la plupart du temps une altération profonde dans leur couleur, leur contexture. Les cheveux noirs gagnent un reflet rougeâtre, comme s'ils étaient teints ; les cheveux blonds pâlissent. »

Déformations. — Les déformations spontanées du crâne et des parties molles avoisinantes sont fréquentes chez les aliénés. Elles constituent un bon signe de la dégénérescence héréditaire, et méritent à juste titre le nom de *stigmates physiques de la dégénérescence*, qu'on leur a donnés par opposition aux stigmates psychiques que nous avons signalés au début de ce chapitre, chez la même catégorie d'individus.

Les déformations les plus communes sont la macrocéphalie, la microcéphalie, la plagiocéphalie ou déformation oblique ovalaire, si commune chez les aliénés de toutes sortes ; il en est d'autres qui proviennent de l'inégal développement des os du crâne, et qui ne doivent pas être confondues avec les déformations artificielles ou ethniques, telles que l'aplatissement de la région occipitale ou frontale, qui donnent à la tête un aspect si bizarre ; l'agrandissement du diamètre bi-latéral ayant pour conséquence la protéburance exagérée des bosses frontales ; la diminution de ce même diamètre amenant l'aplatissement des régions latérales.

Parmi les déformations des parties molles, Morel a le premier signalé l'implantation vicieuse de l'oreille, l'exagération ou l'atrophie des formes de cet organe, l'état rudimentaire ou l'absence de ses parties constituantes, hélix, anthélix, cavité de la conque, tragus, antitragus. A ces déformations il convient d'ajouter l'asymétrie des mêmes organes, le strabisme facial (Lasègue), et en général le défaut d'harmonie et le développement inégal des traits du visage, presque toujours subordonné à des déformations osseuses sous-jacentes.

Parmi les déformations autres que celles de la tête, il importe de signaler les anomalies dentaires, la vicieuse implantation de ces organes, le rabougrissement de la taille, les hernies, les anomalies des organes sexuels, le goître, les anomalies de l'iris et de la rétine (Magnan).

Signalons enfin, comme anomalies physiologiques, le retard de l'évolution pubère, la fécondité bornée et la stérilité.

§ 2. — Troubles de la sensibilité

Les troubles de la sensibilité jouent un rôle capital dans l'aliénation mentale, non seulement au point de vue symptomatologique, mais encore au point de vue de la genèse des conceptions délirantes. Elles peuvent être classées sous trois chefs : anesthésies, hyperesthésies et perversions.

Anesthésie.— On peut rencontrer les divers modes de la

sensibilité générale abolis isolément, mais c'est l'*analgésie* qui est de beaucoup la plus fréquente. On la rencontre surtout chez les mélancoliques et chez les stupides (1). On peut piquer, pincer ces malades, ils peuvent se couper, se brûler, se mutiler sans accuser aucune souffrance. Il faut cependant savoir que chez certains mélancoliques, l'absence de réaction peut être imposée par le délire ou l'attitude passive du malade, ce qui n'exclut pas l'existence de la sensibilité.

L'insensibilité au chatouillement existe chez nombre d'aliénés, qui laissent couler leur salive ou supportent les morsures des mouches ou des insectes sans faire d'effort pour les éviter.

La *thermo-anesthésie* est encore un phénomène fréquent chez certains malades qui n'ont aucune conscience des écarts de température, se roulent avec délices dans la neige, ou contractent les érythèmes solaires les plus graves, sans avoir l'air de s'en soucier le moins du monde.

« J'ai connu, dit Christian (2), une villageoise qui, dans un accès de délire religieux, se mit le poignet sur un brasier ardent et le laissa consumer; — une jeune fille qui se précipita dans un fourneau de calorifère pour mériter le martyre : elle eut d'affreuses brûlures sur le corps et ne commença à manifester quelque douleur que lorsque les plaies se mirent à bourgeonner. Un mélancolique à prédominance d'idées religieuses exaltées choisit le jour de son mariage pour aller s'étendre sur un brasier qu'il avait préparé lui-même, et sur lequel il eut la présence d'esprit de se retourner pour rendre la combustion plus complète. »

On a vu des lypémaniaques se livrer à une combustion volontaire sur un lit, en s'arrosant de pétrole ; d'autres, s'amputer les organes génitaux, et subir avec indifférence les opérations destinées à remédier à une mutilation incomplète; d'autres, s'arracher les yeux, s'amputer un membre, etc.

On rencontre l'anesthésie non seulement chez les mélancoliques, mais chez les aliénés hystériques, dans la paralysie générale, la folie chronique, la démence, l'idiotie.

(1-2) J. Christian. *Etude sur la mélancolie;* Paris, 1876.

Les idiots supportent, sans donner la moindre marque de souffrance, l'application de sétons, de cautères, de vésicatoires, des opérations laborieuses. Esquirol a vu une idiote se percer la joue avec le doigt, et agrandir l'ouverture jusqu'à ce qu'elle se soit confondue avec la commissure labiale.

Chez les femmes aliénées, l'accouchement n'occasionne aucune douleur, et certaines malades n'ont pas l'air de s'en apercevoir. C'est encore à l'obtusion de la sensibilité qu'il semble nécessaire d'attribuer le manque de réaction qu'on observe chez beaucoup d'aliénés atteints de maladies aiguës.

On sait que l'anesthésie cutanée était habituelle chez les sorciers et les possédés, et que c'était par la recherche de ce phénomène que l'inquisition prétendait arriver à les convaincre de culpabilité.

L'anesthésie est partielle ou générale, tantôt étendue à toute la surface des téguments et des muqueuses, tantôt limitée à quelques points circonscrits, à la nuque, à l'épigastre, à la partie postérieure des avant-bras.

La sensibilité générale interne est également sujette à l'anesthésie. Parmi les aliénés jeuneurs, il en est un certain nombre qui ont une véritable anesthésie du sentiment de la faim, et dont les voies digestives paraissent intactes.

Chez les aliénés dont le délire mélancolique est symptomatique d'une paralysie générale ou d'une démence organique, les anesthésies de la sensibilité générale sont très multipliées. Il en résulte les idées délirantes les plus singulières. Ces malades croient n'avoir plus de ventre, plus d'organes, plus d'intestin ; d'autres se croient morts.

« Les sensations *musculaires*, fait encore observer Christian (1), sont fréquemment abolies sans qu'il y ait nécessairement une altération du système cérébro-spinal. Ce n'est que par l'anesthésie du sens musculaire que l'on peut s'expliquer les positions forcées, bizarres, dans lesquelles se complaisent un si grand nombre de mélancoliques, ceux notamment qui sont frappés de stupeur. »

L'anesthésie du sens génital se rencontre dans les deux

(1) J. Christian, *loc. cit.*

sexes. Elle engendre, surtout chez l'homme, les conceptions délirantes les plus extravagantes (1).

Hyperesthésie. — L'*hyperesthésie* est plus rare et surtout moins importante que l'anesthésie. Elle peut être générale ou locale, permanente ou fugace; elle alterne parfois avec l'anesthésie. Chez les aliénés hystériques et névropathes, elle peut exister sur certains points alors que l'anesthésie existe dans d'autres.

C'est sans doute à l'hyperesthésie des téguments qu'il faut attribuer cette habitude de certains mélancoliques de se dévêtir continuellement, et la frayeur vive qu'expriment certains aliénés quand on veut les toucher.

Selon Semal (2), c'est pendant les périodes de rémission du délire qu'on observe le plus souvent chez les mélancoliques un état hyperesthésique qui apparaît en quelque sorte comme la réaction d'une période d'indifférence et d'apathie physique et morale.

Il est des aliénés qui accusent dans la tête, dans l'estomac, dans diverses régions viscérales, des douleurs fixes plus ou moins vives, sans cependant qu'il soit possible de constater la moindre lésion organique.

Perversions. — Les perversions de la sensibilité générale sont des plus fréquentes. Elles se confondent souvent avec les illusions et les hallucinations de même ordre.

On peut considérer comme des perversions de la sensibilité générale ces sensations de picotement, de fourmillement, de chaud et de froid qu'accusent certains malades. Le cauchemar, l'anxiété précordiale si commune chez certains mélancoliques, relèvent en partie de la même cause.

Les perversions du goût et des fonctions digestives sont remarquables chez certains malades. Il en est qui sont irrésistiblement entraînés à boire leur urine, à se nourrir de matières fécales, à absorber les substances les plus répugnantes, telles que cataplasmes, chenilles, escargots,

(1) A. Cullerre, *Des perversions sexuelles chez les persécutés.* (*Annales*, 1886.)

(2) Semal, *De la sensibilité générale dans les affections mélancoliques.* (*Annales*, 1875.)

lézards, araignées, rats et souris. Ce que peut contenir l'estomac d'un aliéné est quelque chose d'extraordinaire. Dans un cas, il y fut trouvé mille huit cent quarante et un objets de toute espèce : mille six cent trente neuf clous de cordonnier, six clous de quatre pouces, dix-neuf clous de trois pouces, vingt-neuf pointes, cinq clous de cuivre, trente-neuf paires de boutons de cuivre, vingt fragments de boucles, une épingle, quatorze morceaux de verre, dix petits cailloux, trois bouts de corde, une lanière de cuir, un morceau de plomb, une alène américaine (1).

La *coprophagie* ou *scatophagie*, symptôme qui se rencontre dans des formes mentales très diverses, n'est pas toujours un signe de perversion sensorielle. Certains mélancoliques s'imaginent qu'il arrivera de grands malheurs si leurs excréments ne disparaissent pas; c'est pourquoi ils les avalent. D'autres pensent qu'en les laissant aller, ils perdent le meilleur de leurs forces, et ils s'en nourrissent. D'autres en font autant dans un but de mortification, d'expiation. Certains paralytiques, certains maniaques se badigeonnent avec leurs matières dans un but d'ornementation. Ce sont surtout les déments qui sont coprophages par anesthésie, ou plutôt par perversion sensorielle et instinctive.

La *nécrophilie*, perversion complexe de la sensibilité, *l'anthropophagie* se rencontrent chez certains mélancoliques et délirants partiels.

Les perversions du sens génital sont des plus fréquentes; elles relèvent surtout de la folie héréditaire, où elles seront étudiées.

§ 3. — Fonctions organiques

Digestion. — De toutes les fonctions organiques, la digestion est celle qui présente dans la folie les perturbations les plus remarquables.

Chez le maniaque qui a franchi la période aiguë, l'appétit se montre en général exagéré, alors qu'il était supprimé dans le stade prodromique. Les maniaques absorbent et

(1) *Mental science;* 1875.

digèrent avec facilité une quantité considérable d'aliments, ce qui leur permet d'entretenir l'énorme dépense de force musculaire à laquelle ils se livrent.

Les paralytiques sont de tous les aliénés ceux dont les fonctions digestives sont les plus énergiques. Leur appétit, énorme dès le début de la maladie, se transforme en voracité dans les dernières périodes.

Chez les mélancoliques, au contraire, l'alimentation se fait mal, soit en raison des conceptions délirantes, soit par suite de la langueur des fonctions digestives. Ils ont souvent la langue saburrale, l'haleine fétide; ils sont, ainsi que les déments et les idiots, sujets aux ascarides lombricoïdes.

La constipation est habituelle dans la mélancolie et dans la paralysie générale; elle doit être attribuée à la diminution des sécrétions intestinales et surtout au défaut de contractilité du tube digestif. Certains malades la provoquent en s'abstenant systématiquement d'aller à la selle en conformités d'idées délirantes de diverse nature.

L'excrétion involontaire des fèces et de l'urine s'observe dans plusieurs maladies mentales : chez les maniaques, où elle est due au défaut d'attention et à la perturbation de toutes les fonctions nerveuses; chez les stupides, anesthésiés et plongés dans une torpeur générale; chez les idiots ou les déments où l'intelligence, la motilité et la sensibilité sont également affaiblies; chez les paralytiques où elle signale le passage de la deuxième à la troisième période. Ce phénomène, défavorable chez ces derniers malades, n'a aucune signification pronostique fâcheuse chez les maniaques et les mélancoliques.

Circulation et Respiration. — Lorsqu'on étudie la circulation chez les aliénés, on ne tarde pas à s'apercevoir que les modifications que subit cette fonction ne sont pas en rapport avec la forme mentale elle-même, mais avec ses principaux symptômes parmi lesquels l'excitation et la dépression doivent être placés au premier rang.

Tous les auteurs qui ont étudié le pouls dans la manie sont arrivés à des résultats peu concordants. Pour Franck et Georget les caractères du pouls du maniaque sont : fréquence, tension, accélération. Pour Leuret et Mitivié, il est

plus accéléré que dans les autres espèces de folie, mais il l'est moins que chez les hallucinés. Selon Jacobi, la fréquence du pouls des maniaques, même dans leurs paroxysmes d'agitation, n'augmente pas; parfois même elle s'abaisse. Griesinger l'a trouvé un peu accéléré, et plutôt petit que plein. Calmeil signale les variations fréquentes et souvent instantanées qui surviennent dans sa force et sa fréquence. Il résulte de ces opinions divergentes qu'il n'y a pas de pouls spécial à la manie. Le pouls des maniaques dépend de leur état actuel, selon qu'il consiste dans le calme ou l'agitation; de leur santé générale; de l'impressionnabilité plus ou moins grande de leur système nerveux.

L'agitation poussée jusqu'à la fureur détermine au début une grande accélération du pouls s'accompagnant d'une tension plus ou moins forte, qui ne tarde pas à faire place à un relâchement du système artériel. Lorsque les malades sont épuisés et anémiques, le pouls est petit, sans fréquence, parfois même ralenti.

On est parfois surpris des changements instantanés qui s'opèrent dans le pouls de certains maniaques. Tantôt il passe d'une fréquence exagérée à une lenteur extrême; tantôt il devient plus fort, plus vibrant; tantôt il devient irrégulier et offre des faux pas, des intermittences. Ces signes se rencontrent principalement chez les maniaques sujets à des paroxysmes de fureur subite ou à des impulsions irrésistibles.

Le pouls chez le mélancolique, dit Esquirol, est ordinairement lent, faible et concentré, quelquefois très dur. Cependant, comme chez le maniaque, il y a lieu de tenir compte de diverses circonstances, telles que l'état général, l'intensité du délire et sa forme, la présence ou l'absence d'hallucinations, etc.

Selon Marcé, la fréquence du pouls des mélancoliques peut osciller entre quarante et cent vingt pulsations. Il est d'autant plus lent, d'après nos propres recherches, que la dépression est plus ancienne et plus profonde ; il est d'autant plus fréquent, au contraire, que le délire est plus aigu, qu'il s'accompagne d'une anxiété plus vive, d'hallucinations plus terrifiantes.

La stupeur est une complication fréquente de la mélan-

colie, mais sous ce masque en apparence uniforme on découvre des symptômes très différents selon les circonstances. Derrière l'impassibilité du stupide se cache parfois un délire très actif, des hallucinations vives ; presque toujours alors le pouls est très faible, très petit, avec augmentation de fréquence. Lorsque la stupeur se prolonge et s'accompagne de torpeur intellectuelle, alors le pouls devient lent, faible et irrégulier, absolument analogue au pouls bien connu de la convalescence des maladies aiguës.

Les troubles de l'innervation sympathique dans la paralysie générale amènent parfois des perturbations considérables dans la circulation des individus frappés de cette maladie. Pendant les poussées congestives, le pouls demeure parfois des semaines entières d'une grande fréquence avec dicrotisme très accentué.

L'athérome aortique qu'on rencontre aussi parfois chez ces malades, peut déterminer de l'insuffisance valvulaire avec le pouls spécial à cette lésion cardiaque.

La *respiration* des maniaques n'offre en général rien de particulier. Chez les mélancoliques, elle est superficielle, ralentie, parfois anxieuse; presque toujours insuffisante.

La température du corps subit chez les aliénés des modifications certaines, mais encore assez mal connues.

Selon Griesinger (1), dans la folie, le thermomètre indique une température du corps normale, ou même au-dessous de la normale ; ce n'est que dans l'agitation maniaque qui accompagne la paralysie générale progressive que la température du corps semble s'élever.

Selon Westphall, l'excitation maniaque s'accompagnerait toujours d'une élévation de température. Le thermomètre marquerait 38° et même 38°2 pendant les périodes d'excitation, alors qu'il ne marque que 37° les jours de calme.

Les recherches de Clouston (2) lui ont démontré qu'il y avait des différences considérables entre les malades affectés des différentes formes d'aliénation. A l'exception de la démence, dans toutes les formes de la folie on trouverait

(1) Griesinger, *Traité des mal. ment.*; Paris, 1865.
(2) Clouston, *Ann. méd. psych.* 1870, t. I.

une température plus élevée que celle des personnes qui jouissent de leur intelligence.

Nos propres recherches ne confirment pas ces données. Elles nous ont donné les résultats suivants : 1° dans l'excitation maniaque, avec exagération des mouvements, la température s'élève manifestement de quelques dixièmes de degré. Cette augmentation serait beaucoup plus considérable, si la chaleur développée par les phénomènes chimiques que produit l'agitation musculaire, ne se transformait presque en totalité en travail mécanique. D'où cette conséquence que tous les moyens de contrainte qui entravent le libre jeu des mouvements, chez les maniaques, peuvent devenir nuisibles en favorisant l'emmagasinement du calorique.

2° Dans les périodes de la paralysie générale où se produisent des phénomènes congestifs et de l'agitation, le thermomètre s'élève toujours au-dessus de la normale, atteint et dépasse 38°, quelquefois pendant plusieurs semaines consécutives.

3° Chez les mélancoliques, et surtout chez les stupides, la température a une tendance à s'abaisser au-dessous de la normale (1). Cette observation est conforme à cet aphorisme de Claude Bernard : « La température s'abaisse, le froid envahit l'animal sous l'empire de la douleur, de la crainte, de la terreur, du chagrin, de la tristesse; la joie, la colère, dit-on, sont au contraire des sources de chaleur » (2).

Citons encore les recherches de A. Voisin sur la température de la tête chez les aliénés (3). Selon ce savant, la température de la boîte cranienne est loin de suivre toujours la température axillaire, et bien souvent la température cranienne dépasse la normale, alors que la température axillaire est ordinaire. Les explorations thermométriques lui ont appris que chez les malades atteints de vésanie, chaque fois qu'il y avait délire maniaque, il se produisait de l'hyperthermie cranienne même sans fièvre.

Le même auteur a souvent trouvé de la fièvre dans les

(1) A. Cullerre, *Etude clinique de la lypémanie stupide.* (*Annales*, 1873.)

(2) Cl. Bernard, *Leçons sur la chaleur animale;* 1876.

(3) A. Voisin, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et les maladies nerveuses;* Paris, 1883, p. 109.

périodes aiguës de la paralysie générale ; le thermomètre peut alors atteindre 40°. La fièvre survient aussi très souvent pendant les recrudescences du délire ; on obtient alors des températures de 39° à 39°5 centigrades.

Sommeil. — C'est surtout dans la période d'incubation de l'aliénation mentale que le sommeil est troublé. L'insomnie persistante, ou le sommeil entrecoupé de rêves effrayants et de cauchemars est un des symptômes prémonitoires les plus importants de la folie. « Beaucoup de malades, dit Morel (1), avant de devenir complètement aliénés ont des rêves effrayants et comme conscience qu'ils vont perdre la raison. Ils se réveillent en sursaut, passent la plus grande partie des nuits à se promener, se plaignant d'éprouver des céphalalgies intolérables, quelques-uns redoutent presque de s'endormir, tous leurs rêves sont remplis d'apparitions effrayantes. »

Les aliénés dorment le plus souvent, mais ils sont dans un état de rêvasserie continuelle. Aussi la plupart, surtout les mélancoliques, éprouvent-ils au réveil une fatigue et un énervement éminemment propres à fournir un aliment à leurs conceptions délirantes.

Certains maniaques agités, certains paralytiques, ne dorment jamais. Ils sont, pendant la nuit, en proie à des hallucinations incessantes qui entraînent une agitation bruyante et un redoublement dans l'intensité du délire.

Menstruation. — Dans les périodes aiguës de la folie, la menstruation est supprimée si l'état général est mauvais, s'il y a de l'anémie, de la chlorose, si la nutrition est défectueuse. Elle est conservée au contraire, si la santé générale se maintient et si la nutrition s'opère d'une façon satisfaisante. Marcé dit avoir vu fort souvent les époques se rapprocher, apparaître toutes les trois semaines, tous les quinze jours, alors qu'à l'état normal la périodicité était mensuelle. Il est à remarquer que le retour de cette fonction est, règle générale, le signal d'une recrudescence dans les troubles délirants.

Lorsque l'aliénation mentale se prolonge et qu'il en

(1) Morel, *loc. cit.*

résulte un épuisement notable de l'économie, les règles peuvent se suspendre, mais elles reparaissent toujours à l'époque où, sous l'influence de l'établissement définitif de la démence, les fonctions organiques se rétablissent et ramènent un état de santé florissant.

La folie n'est un obstacle ni à la fécondation, ni au cours normal de la grossesse. L'avortement est rare chez les aliénées; elles semblent même, à ce point de vue, jouir d'une grâce d'état en raison de leur anesthésie physique et morale.

Sécrétions. — L'urine des aliénés subit quelques modifications, surtout pendant la période aiguë. Chez les mélancoliques dont les sécrétions sont diminuées, l'urine est rare, épaisse, et dépose d'abondants sédiments de sels uratiques.

L'albumine et le sucre semblent étrangers à l'urine des aliénés et Marcé déclare que ses recherches à ce point de vue ont été vaines dans les diverses formes de l'aliénation mentale.

Mairet (1), établissant en principe : 1° que l'acide phosphorique est intimement lié à la nutrition et au fonctionnement du cerveau ; que le cerveau en fonctionnant absorbe de l'acide phosphorique uni aux alcalis et rend de l'acide phosphorique uni aux terres ; 2° que le travail intellectuel diminue le chiffre de l'acide phosphorique uni aux alcalis et augmente le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres, — a recherché comment les aliénés se comportaient au point de vue de l'élimination de l'acide phosphorique par les urines.

Il résulte de ses recherches que pendant l'agitation maniaque aiguë, l'acide phosphorique est augmenté dans les urines et que l'augmentation porte proportionnellement davantage sur les phosphates terreux. Lorsque l'agitation est à son déclin la proportion est inverse.

Dans la dépression, au contraire, la quantité d'acide phosphorique est diminuée ; et la diminution porte exclusivement sur l'acide phosphorique uni aux alcalis ; l'acide

(1) Mairet, *Nutrition du système nerveux*. (*Archiv. de neurolog.*, 1885-86.)

phosphorique uni aux terres est au contraire augmenté.

L'auteur conclut encore de ses nombreuses et délicates recherches urologiques, qu'il serait trop long de rapporter ici, que l'agitation maniaque suractive la nutrition générale, tandis que la dépression la ralentit.

Sécrétion salivaire. — Diminuée chez beaucoup d'aliénés dans la période dépressive, la sécrétion salivaire prend au contraire les caractères d'une véritable sialorrhée chez certains déments, chez quelques mélancoliques dans la période de stupeur, et chez certains névropathes hypocondriaques. Dans quelques cas le ptyalisme a été signalé comme ayant une influence critique sur la folie (Pinel, Esquirol, Foville, Thore); ces cas doivent être rares, car il n'est pas donné à tous les praticiens de les rencontrer.

Etat du sang. — Erlemmayer a signalé chez les aliénés un apauvrissement du sang voisin de celui qu'on observe dans la chlorose, une véritable crase séreuse. Miché aprétend avoir trouvé dans la paralysie générale au début, une augmentation de globules, avec diminution des autres éléments.

D'après des recherches de Gallopain (1), il résulte que : 1° Dans la manie et la lypémanie (mélancolie), il y a le plus souvent diminution du nombre des hématies, et augmentation du nombre des globules blancs; 2° dans la paralysie générale, la diminution du nombre de globules rouges dans les différentes périodes est peu sensible, et on trouve des nombres faibles et des nombres élevés de leucocytes dans toutes les périodes de la maladie.

En résumé, l'auteur conclut de ses recherches que chez les aliénés : 1° le nombre des globules rouges est diminué; 2° le nombre des globules blancs est augmenté; 3° une anémie de moyenne intensité existe dans la presque généralité des cas.

(1) Gallopain, *Congrès de médecine mentale* ; 1878.

CHAPITRE II

MARCHE ET TERMINAISONS DE LA FOLIE

Article Ier

MARCHE DE LA FOLIE

§ Ier. — Prodromes

Les prodromes des différentes formes de l'aliénation mentale seront étudiés aux chapitres correspondants de la pathologie spéciale. Ils comportent cependant quelques considérations générales qui trouveront ici tout naturellement leur place.

Ce qu'il importe tout d'abord de bien établir, c'est que la folie n'a pas ordinairement le début brusque qu'on est tenté de lui attribuer d'après une observation superficielle. Le besoin de trouver quand même une explication à des phénomènes qui émeuvent profondément ceux qui en sont les témoins pousse le vulgaire à rattacher les premiers symptômes de déraison à quelque circonstance grave de la vie du malade, alors que bien souvent il n'y a qu'une simple coïncidence, ou que l'événement incriminé a tout simplement hâté l'explosion d'une maladie qui n'attendait qu'une occasion pour se manifester dans tout son bruyant appareil.

Les individus fortement prédisposés par l'hérédité morbide, ceux qu'on nomme encore les *dégénérés*, les *héréditaires*, sont les seuls chez lesquels le délire — nous ne disons pas la folie — éclate parfois avec une certaine brusquerie, mais le fonds même de leur état mental étant constitutionnellement imprégné de l'élément pathologique, l'imminence morbide est chez eux permanente, prête à éclater au moindre choc physique ou moral.

Les premières modifications que subit l'état mental des

futurs aliénés portent principalement sur le moral et le caractère. Leurs goûts, leurs habitudes changent; leurs affections se transforment, ils sont anormalement excités ou déprimés; ils se sentent envahir par une souffrance vague qu'ils ne sauraient définir, mais dont ils placent souvent le centre d'irradiation au creux épigastrique. Peu à peu l'élément douloureux grandit, ils deviennent anxieux et ont eux-mêmes le triste pressentiment du prochain naufrage de leur raison. Bientôt ce ne sont plus seulement des troubles douloureux qu'ils éprouvent, mais de véritables désordres convulsifs, des tremblements, des crises de larmes, des explosions bruyantes mais momentanées de désespoir et des impulsions au suicide. Leurs sens hyperesthésiés leur procurent les sensations subjectives les plus pénibles et déjà même quelques hallucinations élémentaires. Leur visage s'altère, leurs traits se décomposent; ils sont pris d'un besoin irrésistible de locomotion qui les pousse à circuler sans but, ne se trouvant bien nulle part. En même temps ils sont portés à se plaindre et à exagérer leurs souffrances. « Ils disent que *leurs idées s'en vont*, qu'ils ne peuvent plus les coordonner, qu'ils ne guériront jamais, qu'ils sont destinés à mourir; ils se plaignent de perdre la mémoire, et il arrive que la concentration exclusive de leur pensée sur le mal qui les domine tend de plus en plus à les détacher de la réalité des choses de la vie et à développer chez eux le sentiment de l'instinct égoïstique (1). »

Ces premiers désordres, intellectuels et moraux, sont accompagnés de désordres physiques non moins caractéristiques. Le sommeil est nul, ou troublé par des cauchemars effrayants; la circulation est soumise à des perturbations révélées par des variations extrêmes du pouls; l'appétit se perd, les digestions deviennent pénibles, la constipation opiniâtre, enfin le corps subit le plus souvent un amaigrissement rapide.

Ces prodromes sont ceux de la folie simple en général. Ceux des folies organiques et en particulier de la paralysie générale sont d'une nature différente. Ce sont des signes d'affaiblissement intellectuel, de démence, qui se

(1) Morel, *loc. cit.*

manifestent les premiers ; de l'inaptitude intellectuelle, des défaillances de la mémoire, des actes inconsidérés, contraires à la morale, tels que les vols aux étalages ou dans les magasins, et les outrages aux mœurs.

Chez quelques futurs paralytiques on observe cependant plusieurs mois à l'avance une grande suractivité intellectuelle sans désordre ni affaiblissement des facultés ; ils sont actifs, entreprenants, manifestent des qualités et des aptitudes dont ils n'avaient jusqu'alors donné aucune preuve, et tout en agissant d'une façon contraire à leurs habitudes se conduisent néanmoins en hommes judicieux et avisés (1).

§ 2. — Marche et Durée

Une fois constituée par l'apparition de tous les symptômes, la folie suit une marche : 1° aiguë ou chronique ; 2° continue, rémittente ou intermittente.

Marche aiguë et chronique. — Les formes primitivement aiguës et qui s'accompagnent de délire généralisé (manie et mélancolie simples) sont les plus favorables au point de vue de la guérison, aussi ce caractère est-il des plus importants à signaler. Ces folies aiguës ont en général une évolution régulière composée de trois périodes : l'une ascendante, l'autre d'état, la troisième de décroissance.

Les folies qui, au contraire, prennent dès le début une allure chronique ont en général une évolution lente et progressive qui exclut toute idée de guérison ; tels sont les délires systématisés avec hallucinations.

Marche continue, rémittente ou intermittente. — Le *type continu* est rare ; on ne l'observe que dans quelques cas de folie aiguë à marche rapide et dans quelques cas incurables. Ce n'est guère, dit Macé, que dans les formes incurables que l'on observe cette unité parfaite, cette

(1) V. Parant, *De la suractivité intellectuelle sans délire ni démence dans la période prodromique de la Paralysie générale.* (*Annales médico-psychologiques*, 1887.)

invariabilité absolue dans les symptômes dont quelques cas de démence, de stupeur chronique, fournissent des exemples.

Le *type rémittent* est le plus ordinaire dans toutes les formes de l'aliénation mentale. Il est rare, comme nous venons de le voir, que la folie aiguë adopte le mode continu parfait. Dans le cours de la maladie, les jours se suivent sans se ressembler; à quelques jours d'agitation continue en succèdent d'autres de calme relatif, d'amélioration trompeuse, bientôt suivis de nouvelles alternatives du même genre.

Le propre même des folies chroniques est de suivre une marche irrégulière et d'être soumises à des influences perturbatrices nombreuses. Ainsi le retour du printemps exaspère les symptômes psychiques, tandis que l'automne correspond à une sorte de détente, de calme plus ou moins complet. Les excès de température, les grands froids et les grandes chaleurs ont aussi pour effet d'exaspérer le délire et l'agitation, et l'on voit à de certains jours, la population entière des asiles tout d'un coup déchaînée, alors que la veille, elle ne comptait que quelques cas isolés d'excitation modérée.

L'époque menstruelle est, pour les femmes, le signal périodique d'une aggravation momentanée de la maladie.

Diverses circonstances, telles que les émotions, les écarts de régime, les visites intempestives, les luttes morales que l'entourage familial du malade croit devoir soutenir contre les conceptions délirantes, ont une action analogue.

Les *rémissions* sont parfois assez complètes pour faire illusion sur la persistance de la maladie. Certains délirants chroniques, pendant leurs périodes de calme, ont assez d'empire sur eux-mêmes pour dissimuler complètement leurs idées délirantes. Il est des maniaques qui momentanément cessent de délirer et qu'on croirait en bonne voie, si leur apathie, leur indifférence, le manque de sommeil, l'absence des modifications physiques favorables qui accompagnent la convalescence ne montraient suffisamment qu'ils sont loin d'être guéris. Certains mélancoliques peuvent renfermer leur délire et dissimuler leurs impulsions au suicide jusqu'au jour où, étant

parvenus à obtenir une liberté prématurée, ils s'empressent d'accomplir leur funeste projet. Enfin, les paralytiques eux-mêmes sont appelés à bénéficier de rémissions plus ou moins prolongées sur la valeur desquelles il importe de ne pas s'abuser.

Les rémissions dans le cours de la folie peuvent ou ne durer que quelques heures ou se prolonger des années entières ; elles n'obéissent à aucune règle connue. On peut dire, toutefois, que les rémissions sont d'autant plus longues que la maladie mentale suit une allure plus chronique, et offre moins de chances de guérison.

La folie affecte aussi le *type intermittent*. Dans cette forme, le délire se suspend en général d'une façon brusque, pour ne reparaître qu'après un intervalle plus ou moins prolongé. Tantôt cet intervalle est fixe dans sa durée, tantôt il est variable et n'obéit à aucune règle.

Les auteurs signalent l'existence de manies et de mélancolies à type tierce, quarte, hebdomadaire, mensuel, annuel ; néanmoins cette périodicité fixe est assez rare et ne se prolonge pas en général au-delà des premières étapes de la maladie.

Tantôt les accès périodiques se manifestent brusquement; tantôt ils sont annoncés par quelques symptômes avant-coureurs : rêves, insomnie, céphalalgie, excitation anormale. Ces signes prodromiques ont cela de caractéristique qu'ils se reproduisent d'une façon identique à chaque retour de l'accès, comme l'aura qui précède l'attaque chez certains épileptiques. Aussi les malades ont-ils pleine conscience de l'imminence d'une rechute, et sont parfois les premiers à réclamer leur séquestration.

Après l'intermittence simple, il convient de signaler l'alternance des formes maniaques et mélancoliques qui se succédant dans un ordre variable avec ou sans intervalles lucides, constituent de nouvelles formes mentales désignées sous des noms divers (folie circulaire, à double forme, à formes alternes, etc.), et dont nous ferons plus loin une étude spéciale.

Intervalles lucides. — On désigne sous le nom d'*intervalle lucide* le retour temporaire de la raison qui survient dans le cours de l'aliénation mentale.

D'après les développements qui précèdent, on conçoit que les intervalles lucides ont une durée très variable. Dans le cours même de la folie, ils n'ont en général qu'une durée courte et passagère ; entre deux accès, ils peuvent se prolonger des semaines, des mois et même des années.

Les distinctions qu'on a voulu établir entre la *rémission*, l'*intermittence* et l'*intervalle lucide* proprement dit semblent bien subtiles, la plupart des auteurs s'accordant à reconnaître qu'aucun de ces trois états ne peut être assimilé aux périodes de santé complète.

Certains jurisconsultes et quelques médecins légistes veulent que l'intervalle lucide soit une *entière suspension de la folie, une guérison passagère*. Cette vue est toute théorique et ne repose sur aucune base clinique. En fait, on constate le plus souvent que les rémissions sont incomplètes, que les intermittences en se répétant, ne font que dissimuler une déchéance de plus en plus grande des facultés intellectuelles, et que les intervalles lucides proprement dits ne sont eux-mêmes que relatifs. Comme le dit excellemment Luys (1) : « Les psychopathies, essentiellement inhérentes à l'organisme dont elles sont en quelque sorte contemporaines, naissent avec lui, vivent avec lui, pour se transmettre avec lui à la descendance, comme les maladies chroniques qui sont du ressort de la pathologie interne, telles que la tuberculose, la scrofule, le cancer, la syphilis, — elles ont une marche essentiellement progressive, qui peut se suspendre de temps en temps, laisser des intervalles de répit plus ou moins prolongés ; mais ce ne sont là que des leurres et des temps d'arrêt illusoires. Elles reprennent fatalement leur allure progressive et tôt ou tard finissent par réapparaître et par avoir raison de l'organisme avec lequel elles sont nées. »

La manie est une des espèces mentales où les intervalles lucides se montrent le plus fréquents sous les trois formes sus-mentionnées. Mais c'est pendant la période de déclin qu'ils se produisent avec la plus grande fréquence ; d'abord courts et fugaces, puis de plus en plus longs

(1) J. Luys, *Traité des maladies mentales ;* Paris, 1881.

jusqu'à l'établissement définitif de la convalescence. La mélancolie est aussi fréquemment entrecoupée de rémissions et d'intermittences plus ou moins parfaites. Entre deux accès de folie à double forme se montre ordinairement un court intervalle lucide plus ou moins complet. Dans la folie chronique, les périodes d'accalmie qu'on observe ne sont que des rémissions d'une importance variable. Dans les folies héréditaires, les périodes de lucidité jouent un rôle de la plus grande importance. Enfin, dans la paralysie générale, les rémissions sont fréquentes et répétées, mais de plus en plus imparfaites.

Durée de la folie. — La durée de la folie est excessivement variable. Certains délires transitoires ne durent pas au-delà de quelques jours. La durée de la folie aiguë simple n'est guère moindre de quelques semaines et se prolonge ordinairement pendant plusieurs mois. Quant aux folies chroniques, elles durent autant que la vie du malade, qui peut atteindre les limites extrêmes de la vieillesse.

Article II

TERMINAISONS

Les terminaisons de la folie sont : *la guérison*, le passage à *un état chronique incurable*, et *la mort*. La mort n'est qu'exceptionnellement la conséquence de l'aliénation mentale ; elle est presque toujours le résultat soit d'une complication comme le *délire aigu* ou quelque autre affection organique des centres nerveux ; soit d'une maladie incidente.

Guérison. — Lorsque la folie arrivée à sa phase de décroissance doit se terminer par la guérison, on voit le délire diminuer, et l'agitation se calmer. Bientôt apparaissent des intervalles de lucidité pendant lesquels le malade reprend conscience de lui-même, porte son attention sur les objets qui l'entourent, interroge les personnes qui l'approchent sur les incidents de sa maladie et se

rend compte de l'absurdité de ses conceptions délirantes. Les sentiments affectifs renaissent, il se préoccupe de sa famille, de ses parents, de ses affaires, s'informe des événements qui sont survenus pendant la durée de son délire. Peu à peu, la lucidité, à peine interrompue par quelques retours d'idées déraisonnables vite réprimées, ou d'un peu d'incertitude ou d'incohérence dans l'enchaînement des pensées devient bientôt continue ; le sommeil reparaît; le malade accuse de jour en jour un bien-être croissant, son visage reprend un aspect normal, l'embonpoint fait de rapides progrès, les fonctions physiologiques se rétablissent. En un mot, le malade redevient ce qu'il était avant de tomber dans la folie.

Ce mode de guérison parfaite n'est pas général. On observe souvent chez les aliénés guéris la persistance d'un état mental défectueux, des originalités, de l'instabilité intellectuelle, une sensibilité morale fluctuante, une irritabilité exagérée, en un mot l'épanouissement complet de tous les signes qui constituent la prédisposition à la folie. Aussi, les rechutes sont-elles communes, ou pour mieux dire, le premier accès d'aliénation mentale n'est que la manifestation d'une maladie qui évoluera d'une façon complète pendant le cours de l'existence de l'individu.

Phénomènes critiques. — Esquirol admettait, conformément à des théories médicales surannées, que la guérison n'est certaine que lorsqu'elle a été signalée par des *phénomènes critiques*, par quelque *crise* sensible. Cette opinion ne repose pas sur une saine observation clinique, et la plupart des faits invoqués à l'appui peuvent recevoir une interprétation différente. Des faits qui coïncident, fait remarquer J.-P. Falret (1), n'ont pas une corrélation obligée, et lorsque le rapport existe, on peut se demander où est l'effet, où est la cause. Supposons, par exemple, une crise de la folie par les larmes, exemple invoqué par certains auteurs. Sont-ce les larmes qui dissipent le spasme nerveux, ou la cessation de celui-ci qui permet l'effusion des larmes?

Ces réflexions sont judicieuses et peuvent s'appliquer à

(1) J.-P. Falret, *Des Maladies mentales* ; Paris, 1864.

la plupart des faits analogues. Quoi qu'il en soit de l'interprétation des phénomènes dits critiques, qu'il y ait crise véritable ou simple coïncidence, ces phénomènes doivent cependant être signalés. Ils se rangent, d'après Marcé, en trois catégories distinctes :

1° Ils peuvent consister dans l'amélioration des fonctions organiques et dans la réapparition des sécrétions, sueur, salive, larmes, menstruation, hémorrhoïdes.

Remarquons à propos de ces divers phénomènes, que l'amélioration des fonctions physiologiques, le retour de l'embonpoint, de la menstruation, sont contemporains de l'amélioration mentale plutôt qu'ils ne la précèdent réellement; que les sueurs copieuses, le ptyalisme, symptômes d'un état névropathique général, sont communs dans le cours même de l'aliénation mentale, sans comporter le moindre pronostic favorable;

2° Tantôt ce sont des inflammations locales, des abcès, des anthrax, des parotides, des pneumonies, des tubercules pulmonaires, des fièvres infectieuses ou éruptives, qui agissent par *révulsion* ou *substitution*.

Quelques-uns de ces faits peuvent être admis; toutefois on doit les considérer comme très rares. On a vu, par exemple, la marche de la paralysie générale suspendue par des suppurations prolongées d'origine accidentelle. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet à propos des maladies incidentes qu'on observe chez les aliénés.

3° Enfin, il s'agit parfois d'une aliénation mentale développée sympathiquement, qui guérit lorsque la maladie première a disparu. C'est la crise, si crise il y a, par cessation de la cause d'une folie sympathique. On devrait plutôt y voir une application de l'axiome classique : *Sublata causa, tollitur effectus.*

Passage à l'état chronique. — Du fait même de la durée, toute folie qui ne s'amende pas s'aggrave; elle passe à l'*état chronique*. Cette transition est plus ou moins rapide suivant les individus et les formes mentales ; elle est marquée par le déclin de l'activité intellectuelle, et l'atténuation des symptômes aigus, excitation ou dépression. En même temps les grandes fonctions se rétablissent, l'insomnie n'est plus constante ou même disparaît,

les digestions se régularisent, la constitution s'améliore et souvent un notable embonpoint se développe. Le malade devient de plus en plus indifférent à tout ce qui l'entoure, son moi se dissocie par l'accroissement de l'activité automatique du cerveau ; le délire s'immobilise par la persistance des idées délirantes sous la même forme et dans les mêmes termes il devient stéréotypé (1). Cet état chronique peut persister un temps très long sans modification notable ; mais tôt ou tard il aboutit à un affaiblissement progressif des facultés, c'est-à-dire à la *démence*.

Démence. — « La démence, dit Esquirol, est caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté ; l'incohérence des idées et le défaut de spontanéité intellectuelle en sont les signes principaux. La sensibilité affaiblie ne fournit plus que des sensations ternes et incomplètes ; l'attention, la réflexion, le jugement deviennent impossibles. L'enchaînement des idées se disloque complètement : après quelques paroles correctes, le dément perd le fil de la conversation, en oublie le sujet et tombe dans l'incohérence ; les idées les plus disparates se succèdent dans sa bouche sans liaison, sans ordre, sans motif ; il répète des mots, des phrases qui n'ont entre elles d'autre lien que des consonnances fortuites et bizarres ; il parle sans avoir conscience de ce qu'il dit, *comme s'il avait des comptes faits dans sa tête* (2). »

L'affaiblissement de la mémoire est le symptôme le plus important de la démence. Il commence par l'oubli des faits les plus récents, de la conscience du temps écoulé, des événements qui se sont passés depuis l'invasion de sa maladie. Le dément conserve encore longtemps le souvenir de ce qu'il a appris autrefois ; il est apte à faire de la musique, du dessin, à faire un métier, à jouer aux jeux les plus compliqués. Puis tout s'efface, il ne reconnaît plus rien ni personne, il ne comprend plus, s'abandonne, se laisse conduire, se cantonne dans une existence végétative et finit dans le marasme et le gâtisme.

(1) J.-P. Falret. *loc. cit.*
(2) Esquirol, *loc. cit.*

Jusque dans les périodes les plus avancées de la démence, l'ancien vésanique conserve quelques traces de ses conceptions délirantes primitives et contracte certains tics bizarres. L'un marche sans cesse comme s'il cherchait quelque chose, l'autre passe des années assis ou accroupi à la même place ; celui-ci écrit perpétuellement, et ses écrits ne sont qu'un fatras incohérent où percent de temps en temps quelque idée fixe, quelque reliquat de son ancien délire. Tel autre parle à voix haute, répétant indéfiniment les mêmes choses ; il y en a qui frappent constamment dans leurs mains, heurtent du pied la terre dans un mouvement cadencé, tournent en rond, se balancent, se contournent d'une façon bizarre et monotone.

La physionomie reflète par son inertie et son apparence bestiale l'absence de tout sentiment et de toute pensée ; les traits sont flasques, empâtés ou bouffis, l'œil terne et vague ; l'ensemble donne l'impression d'une sénilité anticipée.

Article III

COMPLICATIONS

Les formes simples de la folie n'empêchent pas de vivre très longtemps. Il y a dans les établissements spéciaux des aliénés chroniques qui y sont séquestrés depuis quinze, vingt, trente, quarante, quelquefois même cinquante années, et qui ont atteint ou dépassé les limites habituelles de la vie humaine.

Néanmoins la mortalité des aliénés vivant dans les asiles est considérablement plus élevée que celle de la population saine, ce qui s'explique par les raisons suivantes :

1° Les progrès de l'affection cérébrale sont, pour une proportion de malades variable suivant les milieux, une cause directe de mort prématurée. La mortalité qui, par exemple, dans les asiles de grandes villes où la paralysie générale pullule, peut atteindre 14 ou 15 % de la *population moyenne*, tombe, dans les asiles ruraux où cette affection est rare, à 8 ou 10 %.

2° Les aliénés, loin de jouir vis-à-vis des maladies accidentelles de l'immunité que certains auteurs leur ont attribuée, contractent au contraire avec facilité les maladies épidémiques, choléra, typhus, dysenterie, variole, et toutes les affections qui résultent des intempéries, d'une mauvaise hygiène, en un mot des causes morbifiques communes à tous ;

3° L'usure du système nerveux provoquée par la prolongation de l'affection mentale prédispose les aliénés aux cachexies, aux affections résultant de la misère physiologique, et diminue dans une proportion variable leur résistance aux maladies incidentes.

Au point de vue clinique, la médecine des aliénés a plus d'un point de commun avec celle des enfants et avec celle des vieillards. Le début de leurs affections accidentelles est obscur, souvent silencieux ; ce n'est que par les changements qui surviennent dans leurs habitudes et dans leur aspect qu'on soupçonne dans nombre de cas qu'ils sont malades ; et quand on se livre à une exploration minutieuse des organes, on est étonné de constater l'existence de lésions avancées qu'aucun commémoratif ne pouvait faire prévoir.

Parmi les maladies incidentes des aliénés, la *pneumonie* tient une des premières places. Elle affecte le plus souvent une allure insidieuse et latente, principalement chez les paralytiques, les déments et les idiots. Elle a rarement une marche franchement inflammatoire et se complique souvent d'une adynamie progressive ; la forme la plus ordinaire est la pneumonie catarrhale, ou broncho-pneumonie. Dans la moitié des cas elle atteint les deux poumons à la fois. Quand elle est simple, elle se rencontre trois fois plus fréquemment à gauche qu'à droite, suivant Marcé, qui fait remarquer que ce fait d'observation, noté par Calmeil et Thore, est en opposition complète avec la loi générale qui place dans le côté droit la prédominance de la pneumonie dans tous les âges et toutes les conditions.

La *gangrène pulmonaire* est encore une affection relativement commune chez les aliénés. Elle s'observe surtout chez les mélancoliques tombés dans une débilitation profonde consécutivement à un refus persistant d'aliments.

Marcé prétend qu'il a été prouvé que cette affection se rencontre encore assez fréquemment chez les paralytiques et les déments dont l'innervation est profondément lésée, mais cette assertion ne me paraît pas conforme à l'observation.

La *tuberculose* est extrêmement commune chez les aliénés, et d'après notre propre expérience, la phthisie cause de un cinquième à un quart des décès dans certains Asiles (1). La forme qu'affecte principalement la diathèse est la phthisie pulmonaire à marche chronique, mais on rencontre de temps en temps des cas de tuberculose entéro-mésentérique coïncidant avec les lésions du poumon. La tuberculose méningée ou cérébrale nous paraît extrêmement rare et ne se voit que chez les idiots.

Ce sont les formes de folie qui s'accompagnent d'une dépression profonde, passagère ou définitive, du système nerveux qui fournissent le plus grand nombre de tuberculeux ; la démence, la mélancolie avec stupeur quand elle se prolonge outre mesure, l'idiotie. En quelques mots, l'étiologie de la tuberculose des aliénés se résume dans l'épuisement des propriétés vitales de l'organisme, amené par l'élément vésanique, l'abstinence systématique, les maladies intercurrentes, de mauvaises conditions hygiéniques, l'encombrement, etc.

La marche de la maladie est insidieuse, et demeure latente pendant longtemps. Les aliénés tuberculeux gardent leur embonpoint et leur appétit parfois jusqu'à la fin, car la période consomptive est courte, et pour certains malades ne dépasse pas quelques jours. On les voit presque subitement pâlir, maigrir, tousser, tomber dans le marasme et dans la fièvre hectique, et succomber en quelques jours avec des cavernes énormes dans les poumons.

Les affections du cœur ne semblent pas plus fréquentes dans les Asiles que parmi la population libre. A l'autopsie des vieux aliénés, on rencontre des lésions cardiaques diverses mais qui toutes ont un caractère sénile et qui n'ont entraîné aucune complication pendant la vie.

Il en est de même des lésions du foie et des reins qui

(1) A. Cullerre, *Contribution à l'étude de la Tuberculose chez les aliénés*. (*Annales*, 1876.)

bien que fréquentes au dire de certains auteurs (1), ne sont que bien rarement une cause directe de mort. Les calculs biliaires se rencontrent très fréquemment dans les autopsies d'aliénés, surtout chez les femmes.

Bien que la peau soit souvent lésée, altérée dans sa nutrition chez les aliénés, les dermatoses classiques n'ont chez eux aucune fréquence inusitée. Les érythèmes de la face et des mains causées par les intempéries, les ulcères variqueux, les éruptions bulleuses, résultat de névrites des extrémités nerveuses, les escharres, les gangrènes sont les affections auxquelles ils sont le plus sujets. Les déments, les idiots, les affaiblis contractent fréquemment des entérites qui peuvent passer à l'état chronique et entraîner la mort. Elles reconnaissent comme causes occasionnelles, l'encombrement, le froid, une mauvaise nourriture, de mauvaises conditions hygiéniques. Très fréquentes et parfois épidémiques dans les Asiles défectueux, elles ont à peu près disparu dans les établissements bien tenus, où les aliénés reçoivent une nourriture suffisamment tonique et substantielle.

Nous devons enfin signaler un accident très fréquent dans l'aliénation, sans être spécial à cette maladie : c'est l'*hématome de l'oreille*. Cette tumeur, qui résulte d'un épanchement sanguin qui a lieu entre le cartilage et le périchondre, ou dans l'épaisseur de ce dernier, a son siège à la face externe du pavillon, qu'elle envahit en totalité, sauf le lobule. Elle est molle, fluctuante, d'aspect violacé, indolente, n'exige aucun traitement, et ne se résorbe que très lentement en laissant une déformation caractéristique de l'organe.

On a beaucoup discuté sur l'origine de cette tumeur. Les uns pensent que l'hématome auriculaire est toujours le résultat de violences extérieures. D'autres admettent qu'il se développe spontanément sous l'influence d'une hypérémie passive du cerveau et de l'oreille, avec paralysie des nerfs vasculaires de la tête. Nous croyons à l'hématome articulaire spontané, mais nous pensons cependant que le plus souvent les deux mécanismes sus-invoqués

(1) Dufour, *Note sur les altérations du cœur, du foie, des reins, etc. chez les aliénés*. (*Annales*, 1876.)

concourent simultanément à sa production. En effet, l'hématome auriculaire ne se développe que chez les paralytiques et les déments, c'est-à-dire des individus sujets aux congestions encéphaliques; d'autre part, on a remarqué que le changement du personnel d'infirmiers dans les services où l'hématome était fréquent en supprimait la production.

CHAPITRE III

PRONOSTIC, DIAGNOSTIC ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Article Premier

PRONOSTIC

Si l'on veut bien admettre que la folie, dans la majorité des cas, doit être considérée comme une maladie constitutionnelle dépendant d'une organisation primitivement vicieuse du cerveau, dont l'accès actuel d'aliénation n'est qu'une manifestation passagère, on reconnaîtra qu'à un point de vue général, le pronostic est loin d'être aussi favorable que semblent l'indiquer les statistiques basées uniquement sur l'évolution des accès de la maladie, et non sur l'évolution de la maladie elle-même.

Peut-on, en effet, considérer comme effectivement guéris tous les aliénés qui sortent des Asiles en possession de leur lucidité, en état de reprendre leurs occupations et leur existence ordinaire ? L'expérience prouve qu'il n'en est rien et que la maladie restée en puissance chez bon nombre d'entre eux est susceptible d'un retour offensif après un délai plus ou moins long.

D'un autre côté, chaque atteinte nouvelle de la maladie ébranle le cerveau, en diminue la vigueur ; d'où un alanguissement progressif des facultés intellectuelles qui se traduit par une impuissance prématurée. Nombre d'individus guérissent heureusement de plusieurs accès consécutifs de manie, mais arrivés à quarante ans, on voit qu'ils ont « déserté la vie active et sont passés à l'état de non-valeurs sociales ». (Luys.) Beaucoup de mélancoliques gardent, après leur guérison, une apathie, une faiblesse de la volonté, une passivité de caractère absolument typiques.

Cela dit, nous allons examiner quelles sont les principales conditions générales qui influent sur le pronostic de la folie.

L'âge des malades doit être pris en considération. Plus les sujets sont jeunes, et plus les chances de guérison sont considérables.

La proportion des guérisons qui, selon Guislain, est de 60 % à vingt-cinq ans, n'est plus que de 30 % à soixante. On comprend que plus le cerveau est jeune, et plus il est en mesure de réparer les désordres nutritifs occasionnés par la maladie. Dans la vieillesse, au contraire, la langueur de la nutrition diminue la puissance de réaction de l'organe et facilite l'établissement de la démence.

Le *sexe*, si l'on tient compte du plus grand nombre des folies organiques chez l'homme, ne paraît pas influer d'une manière sérieuse sur le nombre de guérisons. D'une façon absolue, d'ailleurs, si les femmes comptent plus de guérisons, elles comptent aussi plus de récidives.

Les *conditions pathogéniques* de l'accès d'aliénation mentale ont une certaine influence au point de vue du pronostic. En général, plus la cause est nette, brusque, rapide, plus la maladie suit une marche aiguë et régulière, et plus la guérison est certaine. Lorsque au contraire la folie est le résultat d'un faisceau de causes ayant miné longtemps et sourdement le système nerveux, ce dernier se trouve épuisé d'avance ; la réaction est lente, difficile et parfois impossible.

Les *folies par intoxication aiguë* sont toujours curables et comportent un pronostic toujours favorable. Il n'en est plus de même dans les intoxications chroniques qui conduisent invariablement à la démence.

L'intensité de la prédisposition héréditaire est très importante à considérer. Si les accès d'aliénation chez les héréditaires dégénérés guérissent aussi facilement que chez les autres, ils n'en augmentent pas moins les défectuosités originelles de l'intelligence du sujet qui reste souvent dans un état intermédiaire entre la raison et la maladie, dont les originalités s'accentuent et dont les actes prennent de plus en plus un caractère pathologique. Quand le principe héréditaire respecte l'intégrité, la vigueur et la correction de l'intelligence, le sujet, après un accès de folie, même

intense, peut se retrouver dans un état de santé intellectuelle aussi parfait qu'auparavant.

Les *complications de la folie* telles que l'épilepsie et l'hystérie comportent un pronostic fâcheux. La folie hystérique peut guérir, non sans probabilité de rechutes. La folie épileptique suit au contraire une marche progressive pour aboutir à l'incurabilité.

Le pronostic varie suivant la forme que revêt la folie et les caractères du délire. La manie aiguë est la plus curable de toutes les affections mentales; on obtient sept guérisons sur dix malades (Marcé). Les formes atténuées de manie sont moins favorables, de même que l'intensité extraordinaire des symptômes doit faire craindre l'explosion du délire aigu. La mélancolie simple est d'un pronostic presque aussi favorable que la manie. Si elle fournit une moindre proportion de guérisons, il faut en accuser les accidents qui, comme le refus d'aliments, les impulsions au suicide, la cachexie, les affections pulmonaires, viennent souvent la compliquer. La stupeur mélancolique simple est essentiellement curable mais comporte une durée plus longue que les espèces précédentes. La paralysie générale, affection organique des centres nerveux, n'est pas plus curable que l'ataxie locomotrice ou la sclérose en plaques ; elle est seulement susceptible de rémissions qui, dans quelques cas rares, peuvent avoir une durée considérable. La démence est de sa nature incurable étant subordonnée à des lésions destructives des organes de l'intelligence. Toutefois, cette opinion jusqu'ici indiscutée a été battue en brèche par Kowalewski. Cet auteur prétend que, malgré la destruction d'une partie des éléments nerveux préposés à l'exercice normal de l'intelligence, il peut exister en réserve, dans le cerveau de certains affaiblis, assez d'éléments intacts pour pouvoir permettre une rééducation de l'individu et une amélioration de son niveau intellectuel. S'appuyant sur d'ingénieuses hypothèses relativement à la structure et au fonctionnement du cerveau, il arrive aux conclusions suivantes, que nous ne donnons que sous toutes réserves : *a*) la démence consécutive à une mélancolie ou à une manie peut être guérie; *b*) les malades gardent, même après la guérison, un certain cachet d'abattement et de lenteur psychique; *c*) les travaux des

champs, et, en général, tous les travaux manuels pénibles et en plein air, sont des moyens très importants pour faciliter la guérison des déments ; *d*) si la démence a pour base une hérédité psychopathique, la possibilité de guérison n'existe presque pas, comme par exemple dans l'épilepsie (1).

Certains éléments du délire ont une valeur pronostique capitale. Ainsi l'intensité et la persistance des hallucinations emportent presque toujours une signification défavorable. La folie chronique accompagnée d'hallucinations doit être considérée comme essentiellement incurable. Les délires religieux sont graves, en raison de leur origine héréditaire et dégénérative. Le délire des grandeurs est toujours fâcheux, soit qu'il soit passager comme dans la folie héréditaire, soit qu'il soit continu comme dans les folies congestives et la paralysie générale. Le délire hypocondriaque qui repose sur des idées de transformation ou de négation corporelles comporte aussi en général un pronostic défavorable.

Les éléments fournis au pronostic par la marche des maladies mentales ne sont pas à négliger. Une invasion brusque, une marche rapide, une évolution régulière présagent une terminaison favorable. Une invasion lente, une marche subaiguë ou chronique d'emblée, une symptomatologie vague, incertaine, mal délimitée comportent un pronostic très réservé. La durée exceptionnelle de la période d'état avec uniformité des symptômes doit inspirer quelques inquiétudes. Les intervalles lucides au déclin de la maladie sont au contraire un signe presque toujours d'heureux augure.

La marche intermittente de la folie comporte un pronostic sérieux. Trois ou quatre accès de manie survenant à intervalles réguliers donnent encore, suivant Marcé, une grande proportion de guérisons, mais si la périodicité est déjà ancienne et si la régularisation des accès est parfaite, les succès deviennent plus rares et se font attendre un temps très long.

La terminaison brusque de l'accès, à moins qu'il n'ait

(1) P. J. Kowalewski, *Sur la curabilité de la démence.* (*Annales médico-psych.*, 1886.)

été très court, doit faire craindre une rechute prochaine, ou l'établissement d'une périodicité non moins défavorable.

Plus la durée d'une affection mentale se prolonge, et plus les chances de guérison diminuent. Sur trois cent vingt-quatre guérisons relevées par nous, deux cent vingt-quatre sont survenues dans les six premiers mois du traitement. Guislain, sur quatre-vingt-dix-sept cas analogues, a compté cinquante-quatre cas de guérison dans le premier semestre, vingt-neuf dans le deuxième ; huit seulement durant toute la seconde année, deux pendant la troisième, et quatre pendant la quatrième. Ces proportions doivent être considérées comme l'expression de la réalité. Passé la seconde année, les chances décroissent avec une rapidité extrême, et au bout de quatre ans, deviennent presque nulles. On voit cependant des aliénés guérir exceptionnellement au bout d'un temps beaucoup plus long. Pinel a vu guérir une maniaque au bout de vingt-sept ans de séquestration. Marcé a eu l'occasion de constater une guérison après dix années de maladie. Blanche (1) a connu une dame atteinte de mélancolie qui est restée quinze ans dans une maison de santé est en est sortie guérie. A. Giraud (2), Rousseau (3), Marandon de Montyel (4), ont cité des cas de guérison survenus après seize, quinze, treize, dix, neuf, huit, sept, six ans de maladie. Dans trois cas de Campbell (5) la guérison a été obtenue au bout de dix-neuf, dix-sept et quatorze ans. Je viens moi-même de renvoyer guérie une aliénée après onze ans et neuf mois de séjour à l'asile. Et ces guérisons semblent bien définitives, puisqu'on a pu suivre certains de ces malades pendant vingt ans sans constater de rechutes (6).

Faisons observer, cependant, qu'elles sont bien souvent incomplètes ; les symptômes vésaniques se sont effacés, mais l'affaiblissement intellectuel, conséquence d'une longue maladie mentale, est resté.

(1) Blanche, *Annales*, 1883.
(2) Giraud, *Annales*, 1883.
(3) Rousseau, *Encéphale*, 1882.
(4) Marandon de Montyel, *Archives de neurolog.*, n° 22.
(5) Campbell, *The American Journal of Insanity*, July 1888.
(6) Marandon, *loc. cit.*

Article II

DIAGNOSTIC

Il ne saurait être question ici que de passer en revue les éléments du diagnostic général de la folie, le diagnostic des diverses espèces mentales devant être étudié à propos de chacune d'elles. Ces éléments sont fournis par l'examen direct du malade, son interrogatoire et ses antécédents morbides.

La plus grosse difficulté que présente l'examen clinique de l'aliéné, c'est qu'il n'a aucune conscience de sa maladie, et que loin de se prêter aux investigations médicales, il les considère comme une injure à son adresse et proteste énergiquement de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. C'est donc sans lui, et quelquefois malgré lui, que cet examen doit avoir lieu.

Avant tout interrogatoire, il convient de se rendre bien compte de l'habitus extérieur du malade. Pour un œil exercé, ce premier examen suffit dans nombre de circonstances, non seulement pour le diagnostic général, mais encore pour la détermination de l'espèce morbide à laquelle le sujet appartient.

En général, les aliénés se présentent sous trois aspects principaux :

1° Ils sont ou simplement surexcités ou vivement agités. Les simples surexcités sont vifs, alertes, gais, expansifs, tout disposés aux confidences ; leurs gestes sont exubérants, leur voix haute, leur tenue négligée, leur coiffure ou leur boutonnière ornée de fleurs, d'oripeaux ou de clinquant. Les grands agités ont le visage profondément altéré, les yeux brillants, les gestes brusques et désordonnés ; leurs paroles sont incohérentes, leur tenue débraillée ou sordide.

2° Ils peuvent être déprimés ; tantôt indifférents, inertes, avec l'œil terne, les extrémités froides et cyanosées, la peau bistrée, l'haleine fétide, la face immobile et inexpressive ; tantôt anxieux, effrayés, l'œil hagard, les traits douloureusement contractés.

3° D'autres, enfin, présentent un aspect extérieur qui ne diffère pas sensiblement de celui d'un individu correct. On peut cependant quelquefois reconnaître dans leur regard quelque chose de dur et de méchant, dans leur extérieur une réserve outrée et soupçonneuse qui ne fait que s'exagérer quand on commence l'interrogatoire.

Mais il est quelques signes encore que l'inspection du sujet peut faire connaître. Ce sont: *a*) les stigmates physiques de la dégénérescence, si communs dans la folie; les déformations du crâne, les asymétries faciales, les anomalies dans la conformation et l'implantation des oreilles, les défauts de langue, la surdité; *b*) les lésions consécutives aux affections organiques du cerveau, les paralysies, l'inégalité des pupilles, le tremblement des lèvres, de la langue et des mains, l'embarras de la parole, symptômes qui ont une valeur pathognomonique dans certaines maladies mentales.

L'interrogatoire doit se proposer un double but : mesurer le niveau intellectuel du malade et constater la nature des conceptions délirantes. En posant au malade quelques questions simples sur sa profession, son état civil, son âge, son lieu de naissance, les principaux événements de sa vie, on arrive rapidement à se faire une idée de son degré intellectuel, de l'état de sa mémoire et de ses principales facultés. Quelques questions sur le lieu où il se trouve, sur les causes qui ont motivé sa séquestration, la façon dont il apprécie sa situation et les mesures dont il est l'objet non seulement complètent cette première partie de l'interrogatoire, mais encore font le plus souvent jaillir des conceptions délirantes qui mettent sur une voie où il n'y a plus qu'à le suivre. On ne se doute de la déchéance où sont les principales facultés intellectuelles des aliénés que quand on constate leur crédulité, la puérilité de leurs interprétations, le fatalisme avec lequel ils subissent les conséquences de leur délire. Le persécuté qui se dit victime d'une bande de policiers avouera sans peine, non seulement qu'il ne les a jamais vus, mais encore qu'il n'a jamais cherché à les voir.

En principe, il faut laisser parler le malade, ne pas le heurter de front par des objections ou des contradictions intempestives, subir ses digressions ou ses longueurs, et

se contenter de le rappeler doucement à son sujet quand cela devient nécessaire. Il a ainsi plus d'abandon et livre plus aisément le fond de ses sentiments et de ses pensées. Il n'y a aucune règle préétablie pour l'examen des aliénés et une formule d'interrogatoire applicable à tous les cas ne conduirait qu'à des résultats stériles. C'est affaire au tact du praticien de deviner le défaut de la cuirasse et de pousser dans cette direction ses explorations psychologiques.

Certains aliénés sont défiants, se tiennent sur leurs gardes, et ne répondent qu'avec réticences aux questions qu'on leur pose ; il n'est même pas rare qu'ils cherchent à renverser les rôles et qu'aux questions du médecin ils répondent par d'autres questions sur un ton fâché ou agressif. Il faut s'efforcer de gagner leur confiance, leur parler avec bienveillance, sembler être au courant de leurs ennuis et disposé à accepter leurs idées. Quelques allusions faites comme par hasard aux principales persécutions dont se plaignent les délirants chroniques, au rôle de la police, aux forces occultes, au magnétisme, à l'électricité, sont parfois saisies au passage par les malades et deviennent le point de départ de leurs confidences.

Si la douceur échoue, on peut par des réflexions désagréables sur l'attitude du sujet, sur son caractère, sa véracité, chercher à susciter sa colère et à lui faire ainsi trahir sa pensée. Mais ce procédé, qui d'ailleurs réussit rarement, doit être employé avec le plus grand tact, car il peut à jamais altérer les rapports du malade et du médecin.

Enfin, dans les cas où on n'obtient aucun résultat de l'interrogatoire direct, il faut abandonner le malade à lui-même pendant quelques jours et le soumettre à son insu à une surveillance de tous les instants. On apprend alors que par moments il parle seul, semble écouter des interlocuteurs imaginaires, se livre à certains gestes bizarres, fait un choix parmi les aliments qu'on lui sert, s'entoure de précautions, ne dort pas, etc.

Après l'examen mental, on doit procéder à l'examen des principales fonctions organiques. L'état des voies digestives, de la circulation, de la respiration, de la menstruation, fournit des indications qui ne sont pas à négliger, non seulement pour le traitement à instituer,

mais encore pour le diagnostic et le pronostic. Cet examen est d'autant plus indispensable que la faiblesse des réactions chez les aliénés fait que des complications graves, comme la tuberculose, peuvent longtemps passer inaperçues.

Enfin, on recueillera, ce qui bien souvent est la partie la plus délicate de l'examen, tous les renseignements possibles sur les antécédents du sujet et les symptômes qui se sont manifestés depuis le début de la maladie, en ne perdant pas de vue que les renseignements fournis par l'entourage doivent être soigneusement controlés. La prédisposition héréditaire, si importante à connaître, sera souvent niée ou passée sous silence ; et sur ce point, on obtient parfois facilement du malade lui-même des confidences que la famille n'a pas voulu faire. Les actes désordonnés ou dangereux de l'aliéné, ses agressions, ses tentatives d'homicide ou de suicide peuvent être interprétés de la façon la plus bizarre et la plus fausse par des parents qui ne portent que trop souvent des traces de la prédisposition morbide à laquelle il a succombé, et qui sont tout disposés à accepter comme vraies ses conceptions délirantes.

Article III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est important, pour ce que nous avons à dire sur l'anatomie pathologique de la folie, de bien distinguer entre les folies névroses et les folies organiques. Les secondes comportent des lésions positives qui seront étudiées à propos de chacune d'elles. Les premières, dans leur période aiguë ne semblent relever d'aucune lésion appréciable à nos moyens d'investigation. Certains auteurs (1) cependant veulent que les formes *maniaques* se rattachent à l'hypérémie, et les formes *mélancoliques* à l'ischémie des centres nerveux. Mais Parchappe (2), après

(1) Luys, *Traité des maladies mentales*.
(2) Parchappe, *Traité de la folie*.

avoir rapporté trente-huit autopsies de folie aiguë se manifestant par l'état maniaque ou par l'état mélancolique, arrive à reconnaître qu'il y a une analogie presque complète entre les altérations cérébrales constatées dans ces deux états ; l'hypérémie, les ecchymoses sous arachnoïdiennes, l'injection pointillée de la substance blanche, la coloration rosée de la couche corticale, les épaississements et l'infiltration des méninges se rencontrent avec une égale fréquence et dans la manie et dans la mélancolie. Que les troubles circulatoires du cerveau jouent un rôle dans la pathogénie du délire, rien de plus vraisemblable, mais ces troubles dans les cas ordinaires ne doivent laisser aucune trace, et quand on rencontre les lésions congestives signalées par Parchappe, il convient de les rattacher, non au processus vésanique lui-même, mais au processus accidentel qui a occasionné la mort (congestion cérébrale, délire aigu, affection fébrile générale, etc.).

Mais au fur et à mesure qu'elles se prolongent, les folies névroses entraînent une désorganisation lente du cerveau qui se traduit par des lésions multiples portant sur la masse cérébrale, ses enveloppes, ses vaisseaux, ses cellules, ses tubes et sa substance connective.

En outre, la folie étant une des manifestations de la dégénérescence, il est commun de rencontrer à l'autopsie des aliénés des lésions congénitales, des malformations du cerveau et de ses enveloppes, et de nombreuses déformations de la boite cranienne encore assez mal connues.

Nous passerons rapidement en revue les principales lésions que nous venons d'énumérer.

Aspect du cerveau. — Le simple examen du cerveau au point de vue morphologique peut révéler des lésions de deux ordres : 1° des déformations originelles ; 2° des déformations acquises.

L'étude de la morphologie cérébrale est encore peu avancée, et il n'est pas possible à l'heure qu'il est, de décider en face d'un cerveau donné, s'il appartenait à un individu inintelligent ou à un homme de génie. Cependant, il est des cerveaux qui s'éloignent tellement de la conformation admise comme normale, qu'on peut, sans trop

courir le risque de se tromper, leur reconnaître une conformation pathologique. Les mêmes réflexions s'appliquent avec plus de raison encore au crâne des aliénés, sujet à des déformations extrêmement variées dont l'étude est encore à faire. Le cerveau de beaucoup d'aliénés dégénérés présente une simplicité exagérée des circonvolutions et des scissures, et certaines déformations localisées, principalement au dire de Luys, des irrégularités des première et deuxième frontales.

Le processus dystrophique qui frappe les cerveaux d'aliénés chroniques, entraîne à son tour de nombreuses déformations dues les unes à l'hypertrophie, les autres à l'atrophie de certaines régions, de certains groupes de circonvolutions, et l'élargissement des sillons qui est le résultat de l'atrophie en masse des plis de la substance grise cérébrale.

Poids. — Les recherches modernes sont parvenues à établir relativement au poids normal du cerveau quelques données positives qu'on peut résumer ainsi : *a*) la masse encéphalique est plus grande chez les individus d'une taille plus élevée ; *b*) elle continue à s'accroître jusqu'à l'âge de quarante à cinquante ans pour diminuer insensiblement par suite des progrès de la sénilité ; *c*) le poids moyen du cerveau de l'homme oscille entre 12 à 1400 grammes et celui de la femme entre 11 et 1300 ; *d*) l'hémisphère gauche, plus hâtif dans son développement, est aussi celui qui présente le plus de masse. Il surpasserait, d'après Luys, son congénère de 5 à 7 grammes.

Or, dans la folie presque toutes ces données se trouvent altérées. Luys (1) par exemple a fourni des faits qui tendent à démontrer que chez les aliénés l'écart en poids entre la masse des hémisphères cérébraux est beaucoup plus grand que normalement, qu'il peut s'élever à 25 et 30 grammes, et qu'au lieu de porter sur l'hémisphère gauche, l'augmentation porte sur le droit, ce qui doit exercer une influence perturbatrice considérable sur les fonctions intellectuelles.

Sur cent trente-trois encéphales d'aliénés, Morselli a

(1) Luys. *Acad. de méd.*, mai 1879.

trouvé treize fois, soit environ 10 %, les hémisphères égaux ; soixante-dix fois, soit 52,6 %, le droit plus pesant ; et cinquante fois, soit 37,6 %, le gauche plus lourd, d'où une différence de 15 % en faveur du premier.

Seppili, sur trois cent quatre-vingt-dix cerveaux a trouvé les hémisphères égaux cinquante-six fois, l'hémisphère droit plus pesant cent soixante-dix-huit fois, et l'hémisphère gauche plus pesant cent-soixante-cinq fois. Quoique moins favorables que les précédents, ces résultats sont dans une certaine mesure conformes à la règle posée.

Dans une première série, Marandon de Montyel (1) a trouvé sur trois cent soixante-dix-sept cas, les hémisphères égaux quatre-vingt-onze fois, l'hémisphère droit prépondérant cent cinquante et une fois, la gauche prépondérant cent trente-cinq fois. Dans une deuxième série, cent quatre-vingt-trois cerveaux ne lui ont donné aucune égalité de poids entre les hémisphères, mais cent six cas de prédominance à droite et soixante-dix-sept cas de prédominance à gauche.

Des statistiques imposantes de Crichton-Browne et de Bra ont fourni des résultats concordants et permettant d'affirmer sans crainte d'erreur que le plus souvent il y a inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux des aliénés, et que cette inégalité est au détriment du lobe gauche.

Une étude plus approfondie de ces documents a conduit Marandon de Montyel à formuler entre autres conclusions la suivante : les différences de poids entre les hémisphères vont croissant de la folie névrosique à la folie paralytique, de la folie paralytique à l'idiotie et de l'idiotie à la folie épileptique.

Quelle est la cause de cette inégalité de poids ? Est-elle due, comme le veut Luys, à l'hypertrophie de l'hémisphère droit, ou comme le prétendent d'autres auteurs, à l'atrophie du gauche ? En ce qui concerne la *folie simple*, tout au moins, c'est cette opinion qui nous paraît devoir être adoptée. On a constaté, en effet, que la prédominance du lobe droit avait lieu surtout entre cinquante et soixante ans, c'est-à-dire à une époque très éloignée de celle où éclate la folie névrosique.

(1) Marandon de Montyel, *Annales méd. psych.*, 1887.

Chez les vieux aliénés chroniques, la moyenne du poids de l'encéphale, par suite de l'atrophie progressive dont il est frappé, est toujours inférieur à la normale. Selon Parchappe, il peut descendre chez l'homme à 1,310 et chez la femme, à 1,136 grammes. Mais on trouve des chiffres bien inférieurs encore à ces derniers.

Un point important à noter et qui montre bien jusqu'où peuvent aller les désordres nutritifs qui frappent la masse encéphalique, dans les divers états d'aliénation mentale, ce sont les énormes écarts qu'on rencontre entre les diverses pesées. Follet (1) sur deux cent quinze encéphales d'aliénés, en a trouvé :

2	au-dessous	de		900	grammes
4	pesant	de	900 à	1000	—
6	—	de	1,000 à	1,100	—
23	—	de	1,100 à	1,200	—
63	—	de	1,200 à	1,300	—
83	—	de	1,300 à	1,400	—
20	—	de	1,400 à	1,500	—
14	au-dessus	de		1,500	—

Au point de vue de la forme de l'aliénation mentale, le même auteur a trouvé :

	Poids minimum	Poids maximum
Dans l'idiotie..	566 gr.	1,710 gr.
Dans l'imbécillité.	1,040	1,575
Dans les folies simples.	1,200	1,580
Dans les démences.	985	1,580

Nous avons nous-même, dans la démence consécutive, trouvé quelquefois des poids encéphaliques inférieurs à 1,000 grammes.

Méninges. — La dure-mère participe le plus souvent aux lésions qu'on rencontre dans la folie chronique : ce sont des adhérences avec la paroi interne du crâne, des hypérémies vasculaires, et dans quelques cas (alcoolisme chronique) des épaississements et des feutrages pseudo-membraneux constituant une véritable pachy-méningite accompagnée ou non d'hémorragies interstitielles.

(1) Follet, *Considérations déduites de trois cents autopsies;* 1864.

Une des altérations les plus communes de l'arachnoïde est l'épaississement et l'opacité disséminée ou diffuse de cette membrane ; elle est aussi le siège d'infiltrations séro-sanguines et même de petites hémorragies lorsque quelque poussée congestive a précédé la mort.

La pie-mère participe aux mêmes lésions et dans le cas de démence avancée, ses mailles sont le siège d'une infiltration séreuse tellement abondante qu'elle ressemble à une épaisse couche gélatineuse étendue à la surface du cerveau.

Vaisseaux. — L'hypérémie chronique détermine des lésions importantes des capillaires cérébraux : leurs parois sont épaissies, largement dilatées, criblées de granulations granulo-graisseuses et de corpuscules de Gluge (Luys) ; les gaines lympathiques contiennent des épanchements d'hématine et d'hématosine (A. Voisin). On les trouve encore fréquemment atteints d'athérôme; l'état athéromateux, d'abord abondant aux bifurcations, peut s'étendre à toute la longueur des capillaires et en rétrécir considérablement le calibre. Chez les vieux aliénés, A. Voisin signale encore l'obstruction vasculaire résultant d'un processus d'inflammation chronique, et ayant pour conséquence la nécrose et la fragmentation des capillaires.

« On voit alors sous le microscope des morceaux de vaisseaux d'un brun noirâtre, d'autres de couleur fumée très légère, sans lien les uns avec les autres, dont le contour est irrégulier et dont les extrémités sont déchiquetées (1). »

Les vaisseaux plus considérables et les grosses artères du cerveau sont eux-mêmes souvent atteints de dégénération athéromateuse et calcaire, de nodosités variqueuses et d'anévrysmes miliaires.

Cellules et tubes. — Dans toute folie passée à l'état chronique, on rencontrerait, d'après A. Voisin (2) des lésions des cellules nerveuses. Ces lésions comportent trois degrés. Dans le premier degré, le protoplasma a subi une dégé-

(1) A. Voisin. *Leçons sur les maladies mentales;* Paris, 1876.
(2) Voisin, *loc. cit.*

nérescence graisseuse et pigmentaire, mais le noyau et le nucléole sont intacts. Dans le deuxième degré, le protoplasma commence à subir un travail de résorption, il se flétrit, se ratatine; le corpuscule ganglionnaire devient opaque, granuleux, pigmenté et irrégulier sur ses bords; le cylinder axis s'atrophie, le noyau et le nucléole deviennent de moins en moins visibles. Enfin dans le troisième degré, le protoplasma est complètement résorbé, la cellule réduite au noyau prend une forme anguleuse, irrégulière, couleur de rouille, sans prolongements ; c'est un corps isolé, perdu dans la trame cérébrale, qui finit par subir de plus en plus la régression graisseuse.

Les tubes en relation avec les cellules ou groupes de cellules malades s'altèrent à leur tour, leur contenu se segmente, devient granuleux, et subit la désintégration granulo-graisseuse. Dans d'autres cas, ils subissent une atrophie en masse qui leur donne l'aspect de tractus grisâtres qui tranchent sur la blancheur de la substance voisine. Ces tractus grisâtres, signalés et décrits par Luys, sont constitués par les tubes nerveux devenus granuleux, privés de myéline et dans lesquels les cylindres sont à peine visibles (1).

Névroglie. — C'est surtout dans la paralysie générale que la névroglie est gravement lésée. Dans la folie simple, elle est surtout le siège d'épanchements, d'hémorragies, d'imbibitions séreuses, d'infarctus, mais ne subit ni hyperplasie, ni sclérose appréciables.

(1) Luys, *Traité des maladies mentales.*

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Les causes de la folie sont des plus importantes à étudier, car elles fournissent le plus souvent des éléments précieux pour le diagnostic, le pronostic et le traitement. Elles impriment en outre dans certains cas aux troubles intellectuels qu'elles engendrent un caractère spécial qu'il importe de savoir reconnaître, sous peine de n'avoir jamais qu'une connaissance superficielle des maladies mentales.

Nous diviserons, avec les auteurs classiques, les causes de la folie en *prédisposantes* et *déterminantes* ou *occasionnelles*. Les premières sont d'ordre général ou spécial, les secondes de l'ordre moral ou de l'ordre physique. Chacune de ces grandes divisions se subdivise à son tour en catégories nouvelles dont l'ensemble est résumé dans le tableau suivant :

CAUSES PRÉDISPOSANTES

D'ORDRE GÉNÉRAL

Civilisation.	Sexe.
Politique, Guerres, Révolutions.	Climats.
Idées religieuses.	État civil.
Age.	Professions.
	Éducation.

D'ORDRE SPÉCIAL

Hérédité.

CAUSES DÉTERMINANTES

DE L'ORDRE MORAL

Passions, Émotions, Chagrins.	Emprisonnement.
Imitation.	

DE L'ORDRE PHYSIQUE

Causes locales.	Causes physiologiques.
Causes générales.	Causes spécifiques.

Article Premier

CAUSES PRÉDISPOSANTES

1° *Causes prédisposantes d'ordre général.*

Civilisation. — En tête des causes générales qui prédisposent à la folie se place la civilisation. Par ce mot, qui n'a aucune signification scientifique, il faut entendre, au point de vue psychiatrique : l'évolution incessante des idées, la suractivité des intelligences, l'appétit de sensations sans cesse renouvelées, l'avancement des sciences et le développement de l'industrie avec les besoins nouveaux qu'ils font naître, l'accroissement continu de l'impressionnabilité du système nerveux, les progrès de l'individualisme ; la liberté absolue de penser, de parler et d'agir, les vicissitudes de l'existence moderne avec ses fièvres; ses déceptions, ses excès. Nul doute que cet ensemble de causes n'agisse à la longue d'une façon défavorable sur l'équilibre des fonctions nerveuses et psychiques en particulier.

La civilisation ainsi comprise a une double action étiologique : 1° en produisant une déséquilibration du système nerveux qui, par transmission héréditaire, communique aux générations futures le germe des maladies nerveuses et de la folie ; 2° en provoquant l'explosion de la folie dans une foule de cerveaux naturellement mal doués, mais qui, à l'abri des excitations du milieu civilisé, auraient pu fournir une carrière exempte de catastrophes.

La suractivité cérébrale est la caractéristique de notre époque, et elle existe à tous les degrés de l'échelle sociale et à tous les âges de la vie. Ses effets nuisibles sont si évidents qu'ils commencent à préoccuper tous les gens éclairés et que les questions relatives à *l'exténuation mentale* et au *surmenage intellectuel* sont de plus en plus à l'ordre du jour.

Les suicides ont triplé depuis quatre ans. L'accroissement du nombre des aliénés que personne ne songe plus

à nier ne saurait être calculé avec une égale précision, car si de 1836 à 1869, pour prendre un exemple, en France la proportion des aliénés soignés tant à domicile que dans les établissements spéciaux s'est élevée de 5,24 à 24,28 pour dix mille habitants, il faut tenir compte dans ce résultat des progrès considérables apportés dans l'assistance publique de ces malades et dans les modes de recensement; mais elle n'en est pas moins très évidente.

Tandis que chez les tribus sauvages et nomades (Amérique, Asie centrale), la folie est à peu près inconnue; qu'elle est rare chez les nations à demi civilisées dont l'intelligence est stagnante (Orient), qu'elle est fort peu commune chez les peuples civilisés qui ont cessé de progresser (Chine), elle atteint chez les nations de l'Europe civilisée une proportion qu'on n'évalue pas à moins de un aliéné pour deux cents habitants (1).

Les villes fournissent plus d'aliénés que les campagnes, et dans une proportion d'autant plus forte qu'elles sont plus populeuses et que le mouvement intellectuel y est plus intense. Le nombre des suicides, autre manifestation du mal névropathique, s'accroît à mesure qu'on s'approche des grandes cités comme Marseille, Lyon et Paris. Les suicides de cette dernière ville forment le septième des suicides de la France entière.

Le chiffre des aliénés s'est accru à Paris d'une façon considérable pendant les dernières années (2).

En 1872 on en a compté		3,084
En 1878	—	3,336
En 1883	—	3,963
En 1885	—	4,486

Le nombre des hommes atteints est constamment supérieur à celui des femmes dans la proportion de 56,5 à 43,5 %. Pour les hommes, l'augmentation porte sur le nombre des cas de folie alcoolique, et pour les femmes, sur la paralysie générale progressive.

(1) L. Lunier, *De l'augmentation progressive du nombre des aliénés.* (*Annales méd. psych.;* 1870 et 1884.)

(2) A. Planès, *Quelques considérations sur la folie à Paris.* Thèse. 1886.

On ne saurait désormais prétendre, avec Parchappe (1), que si certaines conséquences fâcheuses de la civilisation (misère, alcoolisme, débauche, travaux intellectuels excessifs, etc.) contribuent à multiplier la folie, certaines autres plus heureuses (augmentation de l'aisance, de la moralité, de l'instruction, etc.) sont assez fortes pour restreindre au contraire le nombre des fous et des suicides; et on n'oserait plus écrire, avec Marcé : « Je n'hésite pas à admettre que l'augmentation du nombre des aliénés avec le progrès de la civilisation est presque entièrement artificielle, qu'elle tient surtout aux progrès réalisés par l'assistance publique, et je ne doute pas que le résultat définitif d'une amélioration considérable de l'état social ne soit en définitive une diminution dans le nombre réel des aliénés (2) ».

Politique. Guerres. Révolutions. — Quelques auteurs se montrent assez sceptiques au sujet de l'influence que peuvent exercer les commotions politiques et sociales sur la production de la folie; néanmoins cette influence est très réelle et démontrée par des documents positifs.

Une statistique dressée par Lunier (3) prouve que les événements de 1870-1871 ont occasionné en France l'explosion de mille huit cents cas de folie : fonctionnaires écrasés de travail et pliant sous le poids des responsabilités qui leur incombaient; maires maltraités par l'ennemi et menacés d'être fusillés; comptables dépouillés des deniers publics; gens terrifiés à l'idée qu'ils allaient être enrôlés dans les armées; parents, épouses, consternés du départ de leurs enfants et de leurs maris. A ces causes, il convient de joindre les émotions causées par l'invasion, le pillage, l'incendie; l'inquiétude causée par la brusque disparition d'une sécurité et d'une prospérité inconnues jusqu'alors. C'est dans les départements qui n'ont été que momentanément occupés, et où par conséquent la lutte a été le plus

(1) M. Parchappe, *Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale.* (*Annales méd. psych.*, 1853.)

(2) Marcé, *Traité des maladies mentales;* Paris, 1860.

(3) L. Lunier, *De l'influence des grandes commotions politiques sur le développement des maladies mentales.* (*Annales méd. psych.*, 1872-1874.)

acharnée que les événements de guerre semblent avoir eu le plus pénible retentissement.

En somme, les grandes commotions, dont l'action est d'ailleurs essentiellement transitoire, agissent plutôt par l'intermédiaire de causes occasionnelles puissantes que comme véritable cause prédisposante. Bien en rapport avec ces causes occasionnelles, la folie observée dans ces conditions revêt des formes aiguës, maniaques ou mélancoliques, et ses victimes ne sont pas, en général, des *héréditaires*.

Quant aux événements politiques qui ont suivi la guerre de 1870 et qui rappellent par leur violence et leur étrangeté les épidémies mentales du moyen âge, leur influence ne saurait être niée. Si les médecins aliénistes n'étaient tenus au secret professionnel, on serait étonné, dit encore Lunier, de voir combien, parmi les soldats et les chefs de l'insurrection de Paris, il y avait de paralytiques dans la période prodromique ou d'excitation ambitieuse, de fous lucides, d'hystéromaniaques, d'héréditaires et d'alcoolisés.

Parmi les aliénés admis durant l'année 1870-1871, de juillet à juillet, 14 °/₀ des hommes et 9 °/₀ des femmes étaient devenus aliénés par suite des événements. Mais en même temps il faut enregistrer ce fait paradoxal que le nombre des admissions a été, au total, moindre que les années précédentes, et cela dans une proportion très marquée ; de sorte que finalement les événements de 1870-1871 ont eu pour conséquence de diminuer notablement le nombre des aliénés. Même chose a été observée en 1789 par Esquirol, et en 1848 par Belhomme (1) et Brierre de Boismont (2).

« La Société, dit Esquirol (3) est tellement constituée que les passions sociales qui agissent sur la raison humaine peuvent varier ; mais elles se balancent, se font équilibre, et s'exercent sur les peuples à peu près en nombre égal dans tous les temps. Le fanatisme politique et les maux qu'il entraîne après lui font éclater quelques

(1) Belhomme, *Influence des événements et des commotions politiques sur le développement de la folie;* Paris, 1889.

(2) Brierre de Boismont, *Union médicale*, 1849.

(3) Esquirol, *Maladies mentales*, t. II.

folies ; mais tous les médecins ont observé que, pendant qu'il s'appesantissait sur notre patrie avec plus de fureur il y avait moins de maux de nerfs et de folie. »

De même, pendant le siège de Paris, on a pu constater la disparition des névropathies, et même celle des conceptions délirantes et des hallucinations chez certains aliénés en traitement (Lunier).

La guerre, les révolutions, loin de pousser toujours les déséquilibrés dans la folie, ont pour résultat d'orienter, de fixer leurs idées, d'en faire des héros ou des apôtres. La grande tribu des originaux, des excentriques, des fanatiques n'est pas restée inactive lors des événements en question. Les uns se sont bravement fait tuer à l'ennemi, d'autres sur les barricades ; d'autres ont été peupler les prisons, les pontons et les lieux de déportation, et il est possible que le nombre de ces disparitions ait été assez grand pour influer sur la diminution du nombre des aliénés constatée à cette époque.

Cependant il est d'autres causes plus décisives de ce phénomène. Par exemple, la perturbation des services administratifs, la parcimonie imposée aux budgets départementaux obérés par les dépenses de guerre, ont contribué à diminuer le nombre des aliénés mis à la charge de l'assistance publique ; de même que les pertes d'argent subies par les familles ont été pour une part dans l'admission moindre, dans les établissements, des aliénés pensionnaires.

Selon Morel (1) les grands bouleversements politiques et sociaux n'augmentent pas le nombre des aliénés, mais ils impriment un cachet particulier au délire de ceux qui le deviennent, et les enfants conçus pendant ces périodes agitées portent plus tard la peine des émotions violentes qu'ont éprouvées leurs parents et deviennent des recrues pour les Asiles (2).

Idées religieuses. — L'influence d'idées religieuses exagérées sur la production de la folie est démontrée par des

(1) Morel, *Annales médic. psych.*, 1874.

(2) Voyez encore : Legrand du Saulle, *De l'Etat mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871* : Paris, 1873. — Laborde, *les Hommes et les Actes de l'insurrection de Paris* : 1872, etc.

documents historiques irréfutables. Mais de nos jours elle a perdu beaucoup de son importance et les épidémies de folie religieuse qui du XVe au XVIIIe siècle ont agité l'Europe, ont presque totalement disparu. De temps en temps, cependant, on signale dans des contrées arriérées, le réveil de quelques petites épidémies locales qui s'éteignent bientôt d'elles-mêmes ou qui disparaissent devant quelques mesures de police.

L'action des idées religieuses exagérées sur l'intelligence humaine est proportionnelle au degré d'ignorance et de superstition des peuples ; elle est encore en rapport avec l'état de barbarie et de décomposition sociale et avec une sorte de réceptivité spéciale propre à certaines races. Ainsi le fanatisme religieux a toujours dominé dans l'Inde boudhique ou brahmanique et y fait toujours de nombreuses victimes. Parmi les sectateurs de l'Islam, il en est encore de nos jours qui s'abandonnent à des pratiques qui les font entrer de plain-pied dans l'aliénation mentale. En Russie, il existe actuellement des sectes dont le sombre et bizarre fanatisme dégénère facilement en folie. Se livrer à des austérités absurdes, à des pratiques qui ont pour résultat la détérioration progressive de l'organisme, et même à de véritables mutilations, tels sont les excès communs aux diverses religions mal entendues. Les aliénés atteints de folie religieuse ne font qu'exagérer ces tendances lorsqu'ils se brûlent volontairement, s'amputent les parties génitales, se crucifient, se laissent mourir de faim, etc.

D'après Ellis, le catholicisme fournirait moins de fous religieux que le protestantisme, parce que, tandis que la doctrine catholique n'admet aucune discussion, la protestante tolère le libre examen, et donne ainsi un aliment inépuisable aux exagérations des esprits fanatiques et mal équilibrés. Les nombreuses épidémies religieuses constatées en ce siècle parmi les sectes protestantes, en Amérique, en Suède, en Norvège, en Angleterre, dans le nord de l'Allemagne, semblent donner quelque fondement à cette opinion.

« Quand, dit Gairdner (1), Wesley et Whitefield en vinrent à différer sur la cause et la nature des phénomènes

(1) Gairdner, *Insanity ; modern views as to ist nature and treatment ;* Glascow, 1885.

convulsifs qui se manifestaient pendant leurs prédications également passionnées, le premier les croyant d'origine surnaturelle, tandis que le second ne les considérait que comme un résultat fâcheux de l'exaltation religieuse ; il en résulta inévitablement comme conséquence que ces manifestations inusitées persistèrent sous le ministère de Wesley, et disparurent sous celui de Whitefield. » Telle est, en quelques mots, l'explication des étranges phénomènes observés chez les convulsionnaires de toutes les sectes : shakers, barkers, jumpers, etc.

L'idée religieuse mal comprise peut conduire à la folie, mais il n'en résulte pas que tous les aliénés dont le délire revêt une couleur religieuse doivent leur maladie à cette cause prédisposante. On voit en effet à chaque instant des aliénés qui n'ont jamais manifesté de ferveur exagérée délirer cependant sur des sujets religieux ; ce sont en général des femmes, des paysans à l'esprit peu développé ou peu cultivé, qui n'ont pour forger leurs conceptions délirantes que le fonds d'idées fourni par l'éducation religieuse qu'ils ont reçue dans leur enfance.

Age. — Rare avant l'époque de la puberté, la folie commence à se montrer vers la quinzième année. Elle augmente de fréquence de vingt à trente ans, atteint son maximum de trente à quarante ans, diminue de quarante à cinquante ans pour devenir rare à partir de la soixantième année.

Les périodes de la vie où l'activité sexuelle est le plus développée prédisposent la femme aux atteintes de la folie ; il en est de même de la période critique de la ménopause, ainsi que Parchappe l'a fait observer. Pour l'homme, la période dangereuse est comprise entre trente-cinq et quarante ans, au moment où la vie est à son apogée et où dominent les préoccupations, les soucis, les excès de travail et de jouissances.

D'après nos recherches basées sur des statistiques officielles (1), c'est la période de la vie comprise entre quarante et cinquante ans qui fournit le maximum des

(1) *Statistique générale de France* publiée par le Ministère du commerce.

admissions dans les Asiles publics d'aliénés et cela pour les deux sexes. D'autre part, les mêmes recherches limitées aux aliénés présentant des antécédents héréditaires directs (provenant du père ou de la mère) et basées sur deux cent vingt et un cas, nous ont fourni des résultats quelque peu différents. Il y aurait pour cette catégorie d'héréditaires deux périodes dangereuses, la première comprise entre vingt et vingt-cinq ans, et la seconde, entre trente-cinq et quarante ans.

Le tableau suivant permet de se rendre bien compte du phénomène.

AGE DES ALIÉNÉS AU MOMENT DE L'ADMISSION	PROPORTION pour cent de tous les aliénés	PROPORTION pour cent des admis présentant de l'hérédité directe
De 14 à 20 ans	4,7	9,5
De 20 à 25 ans	8,8	*17,2*
De 25 à 30 ans	12,3	14,5
De 30 à 35 ans	14,4	14,5
De 35 à 40 ans	14,3	*16,7*
De 40 à 50 ans	*22,8*	15,8
De 50 à 60 ans	14,»	7,2
De 60 à 70 ans	6,1	2,6
Au-dessus de 70 ans	2,2	1,8

Ces documents démontrent, ce qu'on pouvait prévoir à priori, que l'hérédité directe a pour effet de hâter l'éclosion de la folie et que les cerveaux succombent d'autant plus prématurément que la prédisposition est plus forte et plus directe.

L'âge n'est pas sans influence sur la forme des maladies mentales. La manie domine dans la jeunesse. A partir de trente ans, la paralysie générale devient de plus en plus fréquente. Enfin à l'âge mûr, et surtout à la ménopause, on voit surtout éclore les formes mélancoliques. Dans la vieillesse, la folie se complique souvent de démence par suite de l'insénescence des centres nerveux, et de l'athérôme artériel.

A part l'idiotie et l'imbécillité, la folie proprement dite est rare dans l'enfance. Sur vingt et un mille trois cent trente trois cas d'aliénation, Thurman n'en a trouvé que huit chez les enfants. On l'a observée exceptionnellement dès l'âge de quatre ans, mais selon Morel, ce n'est guère qu'à partir de six ans qu'elle se développe, pour devenir de plus en plus fréquente de neuf à seize ans. La forme la plus habituelle est l'exaltation maniaque avec exagération du sentiment de la personnalité. Cette sorte de manie, spéciale à l'enfance, se complique parfois, ainsi que l'a indiqué Delasiauve (1), de phénomènes extatiques revenant par accès rapprochés. On voit le petit malade rester des heures, des jours dans une sorte de contemplation mystique avec fixité du regard. La seule forme mélancolique observée chez les enfants est la stupeur aiguë avec hallucinations terrifiantes et accès de terreur panophobique. On observe aussi surtout chez eux la folie impulsive, les tendances à l'homicide (2), à l'incendie, et surtout au suicide. Sur quatre mille cinq cent quatre-vingt-quinze suicides, Brierre de Boismont en a relevé quarante-quatre accomplis par des enfants de moins de seize ans, et les journaux en relatent incessamment de nouveaux exemples.

Dans les troubles intellectuels des enfants, les grandes névroses, épilepsie, chorée, hystérie, peuvent jouer le rôle de cause occasionnelle. L'hystérie avant la puberté est moins rare qu'on ne serait disposé à l'admettre au premier abord.

La terminaison habituelle de la folie des enfants est la guérison. Elle n'en est pas moins grave, car elle fait présager pour l'avenir des rechutes inévitables. Les principales causes occasionnelles sont, d'après A. Voisin (3) l'onanisme, l'helminthiase, les traumatismes du crâne, les impressions morales terrifiantes, les agents toxiques (alcool, sulfure de carbone, saturnisme), les méningites, les exanthèmes répercutés et enfin l'imitation et la contagion qui sont, dans des circonstances données, le point de départ de folies épidémiques dont l'histoire du moyen âge fournit de si nombreux exemples.

(1) Delasiauve, *Annales méd. psych.*, 1855.
(2) Moreau de Tours, *De l'homicide commis par les enfants*; Paris, 1882.
(3) A. Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales;* Paris, 1876.

« Du XIe au XIIIe siècle, il n'est question en France, et en Allemagne, dit Morel, que d'innombrables rassemblements d'enfants qui quittent leurs familles et leur pays pour aller accomplir le pèlerinage de la Terre Sainte. En tête de ces petits exaltés figurent de jeunes visionnaires qui les conduisent et les surexcitent par la narration de ce que Dieu leur a révélé. C'est ainsi qu'en 1212, on vit un jeune pâtre des environs de Vendôme, nommé Etienne, qui parvint à entraîner à sa suite plus de trente mille malheureux enfants. Lorsqu'on voulait employer la force pour les retenir, il survenait chez eux des crampes, des convulsions et des accidents nerveux de toutes sortes. »

Calmeil cite de nombreux faits de ce genre (1). En 1609, une épidémie de démonolâtrie frappait les enfants du pays de Labourd qui, sous l'influence d'hallucinations contagieuses, se croyaient transportés en l'air par des femmes transformées en chattes. Pendant les guerres des Cévennes, on voyait des bandes de sept à huit cents enfants, dont bon nombre de sept à huit ans et même au-dessus, en proie au délire religieux. Des épidémies du même genre ont été observées à plusieurs reprises dans les maisons d'enfants abandonnés.

Sexe. — L'influence du sexe, comme cause prédisposante de la folie, n'est pas facile à préciser. D'après les relevés de la population des Asiles d'aliénés, le nombre des femmes l'emporte sur celui des hommes dans la proportion de un dixième environ. Ainsi d'après Lunier (2) :

En 1842	pour 100	hommes internés,	il y a	110	femmes
En 1852	— 100	—		108	
En 1862	— 100	—		108	—
En 1872	— 100	—		111	—
En 1882	— 100	—		110	—
Année moyenne,	pour 100	—		110	—

On pourrait conclure de ces chiffres que la folie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais ils

(1) Calmeil, *loc. cit.*

(2) L. Lunier, *Mouvement de l'aliénation mentale en France.* (*Annales méd. psych.*; 1884.)

sont loin d'avoir cette signification. Il est une mesure plus exacte de la fréquence des maladies mentales, c'est le nombre des admissions. Il tend à prouver précisément que le nombre des hommes frappés de folie est plus considérable que celui des femmes.

En 1842	pour	100	femmes admises,	il y a	116	hommes
En 1852	—	100	—		115	—
En 1862	—	100	—		111	—
En 1872	—	100	—		117	—
En 1882	—	100	—		112	—
Année moyenne,	pour	100	—		114	—

Comme le fait observer Marcé, il est probable que la vie affairée à laquelle participent les femmes dans la société actuelle, leur procure de nombreuses occasions de succomber aux affections mentales, alors que, dans des conditions d'hygiène plus favorables, un certain nombre de celles qui sont frappées ne pourraient manquer de demeurer indemnes.

Quoi qu'il en soit, si l'organisation nerveuse plus impressionnable de la femme, son émotivité plus grande, sa prédisposition à l'hystérie et à toutes ses conséquences, les conditions physiologiques qui lui sont spéciales telles que la menstruation, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, la ménopause, lui créent des dispositions particulières à l'aliénation mentale, il convient de mettre au passif de l'homme les excès, la débauche, l'alcoolisme, le surmenage intellectuel qui rétablissent à peu près la balance.

Climats. — On ne sait rien d'absolument précis au sujet de l'influence que peut exercer un climat donné sur le développement des maladies mentales. On a remarqué toutefois que les températures extrêmes avaient une action défavorable sur l'état des aliénés internés dans les Asiles et que les admissions dans ces établissements avaient leur maximum de fréquence au printemps et pendant l'été.

Guislain a fait remarquer que la chaleur excessive procure de l'agitation aux aliénés. Selon le même auteur, les vésanies périodiques reviendraient particulièrement au printemps.

Le fait de séjourner pendant un certain temps dans un climat tropical pour un habitant des zones tempérées doit être considéré comme cause prédisposante, et on en voit souvent, plus ou moins longtemps après le retour au pays natal, succomber aux folies congestives et à la paralysie générale.

Les influences sidérales qui, au temps passé, ont joui d'un crédit universel, sont considérées comme nulles ou tout au moins hypothétiques. Toutefois, elles ne doivent pas être absolument rejetées, si comme le prétend Darwin nous descendons d'êtres qui, ayant primitivement vécu dans la mer, ont dû s'adapter, pour assurer leur existence, aux périodes lunaires qui règlent les marées. La durée de la gestation, chez les vertébrés, semble être une réminiscence de ce passé reculé. Il en pourrait être de même dans l'ordre pathologique.

Les influences telluriques agissent surtout en déterminant certaines dégénérescences qui ont un retentissement obligé sur les centres nerveux et déterminent les infirmités mentales, l'idiotie, l'imbécillité, les aliénations inférieures. D'après les recherches de Lunier, les maladies de l'esprit (folie, idiotie, crétinisme) seraient plus fréquentes dans les pays de montagnes que dans les plaines, et cela dans la proportion de deux cent cinquante-deux à deux cent quatorze.

On voit parfois dans une zone très restreinte l'aliénation mentale se manifester d'une façon très inégale, suivant les conditions d'existence, d'hygiène, de sol, de race, etc., particulières aux habitants de cette région. Alors que les aliénés sont nombreux dans un canton, ils sont presque inconnus dans un canton voisin. De curieux faits de ce genre ont été rapportés par Maury Deas pour le comté de Macclesfield (1) et par nous-même pour le département de la Vendée (2).

État civil. — C'est une notion classique, appuyée sur l'autorité des principaux aliénistes, que le *célibat* prédispose à la folie. Il favorise, dit Marcé, la débauche, la vie

(1) Macclesfield, *Mental science*, 1875.
(2) Cullerre, *Annales méd. psych.*, 1884.

irrégulière et laisse les individus sans appui moral dans la société. Les célibataires fournissent 61 % des admissions dans les asiles, tandis qu'ils n'existent que dans la proportion de 38 % dans la population saine au-dessus de quinze ans.

Quelques réserves cependant sont nécessaires : parmi ces nombreux célibataires, il en est beaucoup qui ne le sont que parce que l'apparition précoce des désordres intellectuels leur a à peu près fermé l'entrée du mariage. Il en est d'autres qui ne se sont jamais mariés précisément en raison de leur caractère excentrique et de singularités résultant de leurs prédispositions héréditaires. Chez ceux-là, le célibat, comme tel, n'a rien à voir avec la prédisposition à l'aliénation mentale.

Guislain pense que le *veuvage* est mieux supporté par les femmes que par les hommes, mais l'opinion opposée est bien plus probable, et du reste plus conforme aux données numériques. S'appuyant sur des recherches faites dans les asiles d'aliénés d'Italie, Verga (1) prétend que : 1° l'état de veuvage donne une plus grande proportion de fous que le célibat et le mariage ; 2° la folie du veuvage donne une proportion moindre de guérisons et une plus grande de morts ; 3° l'état de veuvage contribue à faire éclore la folie, tantôt comme cause occasionnelle, tantôt comme cause prédisposante, en rendant les sujets plus accessibles aux inconvénients de la vieillesse, de l'isolement, de la misère ; 4° la forme qu'affectionne la folie du veuvage est la mélancolie et autres délires de nature dépressive.

Profession. — Certaines professions sont de nature à prédisposer aux désordres de l'intelligence. Telles sont celles qui exposent aux agents toxiques, plomb (folie saturnine), arsenic, phosphore, alcool (folie des dégustateurs, des tonneliers, des brasseurs), oxyde de carbone (folie des cuisiniers), sulfure de carbone, indigo, aniline, nitro-benzine, mercure (folie des extracteurs de mercure), etc.

D'autres n'agissent que d'une façon indirecte, en créant

(1) A. Verga, *Archivio italiano* ; 1871.

des états diathésiques ou généraux qui à leur tour réagissent pernicieusement sur le cerveau (ateliers humides et encombrés, air confiné, fatigues, surmenage, travail de nuit, repos insuffisant, etc. (1).

Les professions intellectuelles et surtout la profession militaire font de nombreuses victimes en favorisant l'éclosion de la paralysie générale et de la dépression mentale qui aboutit au suicide. C'est, d'après Koster, l'état de militaire qui fournit le plus de suicides. Ainsi en Prusse, pour 100 suicides de civils, on en compterait 293 de militaires; 253 en France, 177 en Saxe, 423 en Suède et 643 en Autriche (2). — Enfin, selon Lœchner (3) la guerre, en détériorant l'organisme, interviendrait chez les militaires comme cause prédisposante durable à la folie. Beaucoup des hommes qui sont revenus de la guerre si longue et si dure de 1870 n'étaient plus les mêmes hommes; ils languissaient par suite d'infirmités précoces, sont morts jeunes ou ont été frappés d'aliénation mentale. L'auteur a reçu dans son asile trente-trois de ces militaires (Allemands) et sur ce nombre, dix-huit étaient devenus aliénés sans cause connue, plus ou moins longtemps après la guerre.

Education. — Si l'éducation est impuissante à modifier favorablement certaines natures mal douées et prédisposées par leurs antécédents héréditaires à la déséquilibration intellectuelle et morale, elle peut, si elle est mal dirigée, avoir une action nuisible sur certains esprits impressionnables et susceptibles de ressentir fortement toutes les influences du milieu ambiant.

La sévérité outrée convient mal à l'égard des sujets doués d'une grande émotivité; elle augmente leurs dispositions à la crainte. De même le relâchement de toute discipline, beaucoup plus fréquent à notre époque, l'affaiblissement des liens de la famille, l'espèce de culte dont on entoure les enfants les habituent à mépriser toute autorité, à considérer comme légitimes leurs écarts d'imagination et de conduite et à ne tenir aucun compte des

(1) *Ann. méd. psych.*, 1884.
(2) Koster, *Irren Freund;* 1871.
(3) Lœchner, *Allg. Zeitsch. für psych.;* 1880.

obstacles qui les attendent sur le chemin de la vie et devant lesquels ils succomberont bientôt, incapables qu'ils sont de supporter la moindre contrariété, la moindre déception.

En étudiant les jeunes aliénés pubères, on ne manque pas de remarquer que parmi les causes qui ont hâté chez eux l'éclosion de la folie, il convient de noter un manque complet de direction morale, et l'excitation prématurée de l'instinct sexuel par les mauvais exemples et les mauvaises lectures. Les ravages causés par les scandaleuses publications de la presse à un sou, romans mélodramatiques, récits de scandales et de crimes, commencent à inquiéter à bon droit les médecins et les philosophes.

Enfin, le surmenage intellectuel, l'abus d'une instruction élevée uniformément distribuée à tous sans tenir compte des aptitudes et du degré d'intelligence de chacun, l'entraînement systématiquement favorisé vers certaines carrières au seuil desquelles il en est tant qui échouent et vont grossir l'armée des déclassés et des ambitieux déçus, sont autant de voies qui conduisent à la folie les esprits doués d'une énergie limitée.

Guislain attribue au développement prématuré de l'intelligence les gros crânes si fréquents chez les enfants des villes, d'ailleurs malingres et chétifs. Selon lui, les agaceries par lesquelles on tient continuellement leur esprit en éveil appeleraient au *pôle cérébral* la vie du corps tout entier. Mais ce phénomène nous paraît moins simple que Guislain ne l'a supposé : la sélection sociale y doit jouer un rôle bien plus important que la cause qu'il invoque; il est remarquable en effet que les enfants des gens appartenant aux classes cultivées, élevés à la campagne, dans un milieu qui n'a rien d'excitant pour leurs jeunes intelligences, ont la tête aussi grosse que leurs frères élevés à la ville.

2° *Causes prédisposantes d'ordre spécial.*

Hérédité. — Le rôle prépondérant que joue l'hérédité dans la genèse des maladies du système nerveux est aujourd'hui reconnu sans conteste. Sans vouloir aborder à fond le problème de l'hérédité en général, nous devons cependant nous demander ce qu'il faut entendre par *ma-*

ladie héréditaire. Ce qui est héréditaire, dans la maladie, ce n'est pas la maladie elle-même, c'est le trouble nutritif qui aboutit à des complexus symptomatiques variables quoique appartenant à la même famille. En effet, l'expérience démontre qu'entre toutes les maladies nerveuses il y a une parenté étroite, et que par la génération elles peuvent s'engendrer indistinctement les unes les autres (1).

La proportion suivant laquelle l'action de l'hérédité se fait sentir dans la production des maladies mentales est diversement appréciée par les auteurs anciens (2), mais tous les modernes s'accordent à reconnaître qu'elle est énorme. L'hérédité est la cause principale, sinon unique de la folie, c'est la *cause des causes* selon l'expression de Trélat. La démonstration de cette vérité commence avec les travaux de Morel et de Moreau (de Tours), etc., et se continue par une accumulation de preuves sans cesse nouvelles.

Les diverses lois de l'hérédité sont purement empiriques et ne découlent que de l'observation clinique. Nous allons les passer rapidement en revue.

Dans *l'hérédité directe*, des parents aliénés donnent le jour à des enfants qui le deviennent à leur tour. Les dangers de cette transmission ne sont pas égaux selon que c'est le père ou la mère qui est frappé. L'influence de la mère paraît en effet beaucoup plus fatale. Suivant Esquirol « la folie est plus souvent transmissible par les mères que par les pères » (3). Chomel fait observer que la mère a une plus grande part que le père dans la constitution des enfants et dans leurs prédispositions morbifiques (4). Guislain pense aussi que la prédisposition provient plus souvent de la mère que du père. Dagonet

(1) Ch. Féré, *la Famille névropathique.* (*Arch. de Neurol ;* 1884.)

(2) En raison des divergences d'opinion relativement à la manière dont doit être comprise l'hérédité, les statistiques des auteurs donnent des résultats absolument discordants ; Burrows 12 °/₀ ; Esquirol 25 °/₀ chez les pauvres, 56 °/₀ chez les riches ; Parchappe 12 °/₀ ; Guislain 25 °/₀ : Tigges 40 °/₀ ; Legrand du Saulle 40 à 42 °/₀ ; Tuke et Buckwill 25 °/₀ : Howe 84 °/₀ ; Moreau 90 °/₀.

Déjerine, *l'Hérédité dans les maladies du système nerveux ;* Paris, 1883.

(3) Esquirol, t. Ier.

(4) Chomel, *Pathologie générale.*

reconnaît une prédominance marquée dans l'hérédité provenant du côté des femmes. Baillarger, sur une statistique de quatre cent cinquante-trois faits d'hérédité, a calculé que l'influence maternelle prédominait dans les deux tiers des cas.

L'hérédité directe s'exerce tantôt d'un sexe au sexe du même nom, tantôt d'un sexe au sexe de nom contraire. Selon Baillarger (1) la première alternative serait la plus fréquente, et la transmission s'opérerait beaucoup plus fréquemment de la mère aux filles que de la mère aux garçons, du père aux garçons que du père aux filles. Sur 274 filles, 85 avaient hérité de la folie du père et 189 de la mère. D'après nos propres documents, l'hérédité suivrait pour les femmes le sexe de même nom, et pour les hommes le sexe de nom contraire. Dans 134 cas d'hérédité paternelle, nous avons trouvé 52 fils et 82 filles aliénés; et dans 120 cas d'hérédité maternelle, nous avons relevé 76 filles aliénées et seulement 44 fils.

Existe-t-il, en dehors des stigmates de la dégénérescence si commune chez les candidats à la folie, quelque signe qui permette de reconnaître la prédisposition héréditaire aux affections mentales ? Moreau (de Tours) (2) conclut de recherches spéciales à ce sujet qu'il y a jusqu'à un certain point antagonisme entre l'hérédité des traits de la physionomie et l'hérédité de l'organisation psychocérébrale et que les enfants qui ressemblent le plus au parent aliéné ont soixante-douze chances sur cent d'échapper à l'hérédité vésanique. Cette opinion semble sujette à caution. Elle est contraire à celle des naturalistes (Girou, Gall, Da Gama Machado) qui pensent que les ressemblances physiques et morales se transmettent habituellement d'une façon parallèle. D'autre part, si on examine un grand nombre de frères et sœurs aliénés, on peut constater qu'il existe aussi souvent entre eux physiquement des dissemblances radicales que des ressemblances indéniables.

Richarz (3) a émis sur le même sujet quelques vues en opposition presque complète avec celles de Moreau de

(1) Baillarger, *Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie.* (*Académie de médecine*, 1845.)

(2) Moreau (de Tours). *Union médicale*, 1852.

(3) Richarz, *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie;* 1874.

Tours ; son échelle des probabilités pour l'hérédité des affections nerveuses peut être ainsi présentée : supposons la mère atteinte d'une tare nerveuse. Les enfants en hériteraient dans l'ordre suivant : 1° la fille qui ressemble à la mère ; 2° le fils qui ressemble au père ; 3° le fils qui ressemble à la mère ; 4° la fille qui ressemble au père. Si au contraire c'est le père qui est porteur d'un vice névropathique, voici dans quel ordre les enfants seraient appelés à en hériter : 1° le fils qui ressemble au père ; 2° la fille qui ressemble au père ; 3° la fille qui ressemble à la mère ; 4° le fils qui ressemble à la mère.

Dans les cas où le père et la mère sont tous les deux atteints d'une maladie mentale ou nerveuse on comprend avec quelle puissance agit l'hérédité sur la descendance.

Il y a *hérédité atavique* quand un enfant hérite des dispositions morbides de ses ancêtres, ses parents étant indemnes. Ce mode d'hérédité se rencontre assez fréquemment en aliénation mentale.

Dans l'*hérédité collatérale*, les parents sont encore indemnes : c'est chez les oncles et les tantes, les frères et les sœurs, qu'on retrouve la tare névropathique dont le malade est lui-même victime. Au fond, l'hérédité collatérale n'est le plus souvent qu'une forme de l'hérédité atavique, un ancêtre commun resté inconnu ayant transmis à l'oncle, puis au neveu une même prédisposition morbide.

De ces divers modes d'hérédité, l'hérédité directe est la plus fréquente. D'après une statistique empruntée aux asiles d'aliénés de Prusse, et portant sur plusieurs milliers de cas, les antécédents héréditaires se rencontreraient (1) :

Chez les parents dans la proportion de.....	51,47 %
Chez les sœurs et frères des parents et des grands parents.	22,83 %
Chez les frères et sœurs.....	24,70 %

La forme que revêtent les maladies mentales chez les divers membres d'une même famille n'est pas abandonnée au hasard, et l'hérédité y joue un rôle certain, quoique encore mal défini.

L'*hérédité similaire* est plus fréquente que ne l'ont

(1) Déjerine, *loc. cit.*, p. 43.

admis certains auteurs. Esquirol en parle comme d'une chose fréquente; il en cite sommairement un certain nombre d'exemples relatifs à la manie, à la folie puerpérale, au suicide, à la démence et dans lesquels la similitude était, ou complète, portant à la fois sur l'age du début de la maladie, sur ses causes, la forme du délire ; ou seulement partielle. Nous devons attacher d'autant plus de prix à son opinion en cette matière que le milieu où il exerçait était plus favorable à ces remarques délicates et que, comme il le fait observer lui-même, il a soigné successivement, dans le cours de sa longue pratique, les parents et les enfants. C'est donc à tort que les faits d'hérédité similaire ne sont considérés que comme exceptionnels (Marcé, Morel, etc.). Ils sont au contraire admis nettement par Magnan dans le passage suivant : « La manie, la mélancolie, ou le délire chronique du père, l'épilepsie de la mère et *vice versa* peuvent exercer leur action directe sur le fils et déterminer chez lui simultanément des névroses similaires aux précédentes vivant côte à côte, mais sans perdre aucun de leurs attributs (1) ».

Si l'on veut entendre par hérédité similaire le développement indéfini de types morbides identiques dans les générations successives, nul doute qu'en effet elle ne soit très rare. Si au contraire on consent à lui donner un sens plus étendu on ne tardera pas à s'apercevoir que la grande classe des aliénations mentales se compose de groupes plus restreints à chacun desquels se rattachent presque exclusivement les divers membres d'une même famille frappés dans leurs fonctions intellectuelles. On reconnaîtra alors qu'il existe une *hérédité vésanique*, une *hérédité névropathique*, une *hérédité congestive*.

Les *vésaniques*, autrement dit les aliénés atteints de folie simple, forment une famille dont l'homogénéité est réelle dans bon nombre de cas et souvent pendant plusieurs générations. Ball et Régis (2), étudiant les familles d'aliénés au point de vue biologique, ont constaté que, dans les familles de vésaniques, les maladies cérébrales

(1) Magnan. *Archives de Neurologie*, n° 1.

(2) Ball et Régis, *les Familles des aliénés au point de vue biologique*. (*Encéphale*, 1883.)

sont à peine plus fréquentes que dans les familles normales, tandis que les affections mentales, folie proprement dite, suicide, etc., y tiennent la tête pour la fréquence, à ce point qu'elles constituent la caractéristique de leur morbidité. Les documents statistiques sur lesquels reposent ces conclusions sont de nature à les faire accepter comme étant l'expression de la réalité. Les diverses formes vésaniques elles-mêmes se transmettent souvent avec une certaine constance; on rencontre les divers membres d'une même famille uniformément maniaques, d'autres uniformément mélancoliques. Il est plus rare d'en trouver chez lesquels la folie débute uniformément suivant le mode chronique.

L'hérédité de similitude est surtout fréquente pour le suicide : elle est parfois poussée à ce point que ceux qui la subissent recherchent des moyens d'exécution identiques. La pendaison, la submersion, les armes à feu sont des procédés exclusifs à certaines familles.

Les névroses — nous voulons parler principalement de l'hystérie et de l'épilepsie qui se compliquent souvent de folie — sont transmissibles par hérédité similaire. Briquet (1) a trouvé que 100 mères hystériques avaient transmis leur maladie à un peu plus de 50 filles. Dans les deux premières catégories d'observations du travail de Moreau (de Tours), sur la Folie névropathique ou hystérique (2), on trouve pour 25 malades atteints de cette affection 45 cas d'hérédité, desquels 25 appartiennent à diverses maladies nerveuses. En se transformant en folie par la génération, d'après le même auteur, la diathèse nerveuse conserve dans son mode de manifestation chez les enfants certains caractères propres à l'affection dont les parents étaient atteints. Nous avons, pour notre part, pu suivre la folie hystérique dans trois générations successives, et nous possédons nombre d'observations où tous les membres d'une même famille présentent uniformément les symptômes fugaces et mobiles de cette même maladie.

(1) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie :* Paris, 1859.

(2) J. Moreau (de Tours), *Traité pratique de la folie névropathique :* Paris, 1869.

L'hérédité similaire, sans être très fréquente dans l'épilepsie, n'en existe pas moins. Bourneville (1) l'a rencontrée dans 24,5 % de ses épileptiques à antécédents héréditaires. Nous l'avons nous-même rencontrée dans la proportion de 32,6 %.

D'après Gowers (2), de toutes les maladies nerveuses qu'on peut trouver dans les antécédents des épileptiques, l'épilepsie serait de beaucoup la plus fréquente, et on la rencontrerait même dans les trois quarts des cas.

Les aliénations liées à une lésion organique du cerveau ou à un processus congestif vers cet organe sont les moins héréditaires de toutes, sans cependant laisser d'être, dans une certaine mesure, tributaires de l'hérédité d'analogie, sinon toujours de similitude. Ainsi, la tendance aux congestions, les lésions des vaisseaux qui causent l'hémorragie ou le ramollissement, les inflammations de la substance nerveuse, les diverses sortes de scléroses forment un groupe nettement établi et opposable au groupe vésanique ou névropathique. Dieulafoy (3) traitant du rôle de l'hérédité dans la production de l'hémorragie cérébrale, cite plusieurs exemples où l'on voit cette affection sévir sur trois générations successives. On trouve encore, dans les familles d'apoplectiques, des démences séniles précoces, des folies congestives et des paralysies générales.

L'opinion de la plupart des auteurs qui se sont plus particulièrement attachés à l'étude des aliénations dues à une prédisposition morbide est que la paralysie générale n'est que rarement d'origine héréditaire. « Les lésions cérébrales désignées sous le nom de périencéphalite diffuse, dit Morel (4), s'observent bien plus rarement chez les aliénés au type héréditaire que chez les autres. » Mais il ajoute bientôt ce correctif important : « J'en excepte ceux qui comptent dans leur ascendance des individus sujets aux congestions cérébrales et qui ont parfois succombé à

(1) Déjérine, *loc. cit.*

(2) Gowers, *Epilepsy and other chronic convulsive diseases;* London, 1881.

(3) Dieulafoy, *Du rôle de l'hérédité dans la production de l'hémorragie cérébrale. (Gazette hebdomadaire de méd. et de ch.*, 1876.)

(4) Morel, *loc. cit.*

des hémorragies du cerveau ». Dès 1849, Lunier a le premier appelé l'attention sur la fréquence des maladies cérébrales chez les ascendants des paralytiques. Selon Dagonet (1), il n'est pas rare de rencontrer dans la famille de ces mêmes malades des individus qui ont été affectés de paralysies diverses, de démences. D'après les recherches statistiques de Ball et Régis sur les familles d'aliénés, les paralytiques généraux se rencontrent dans les familles de *cérébraux* et non dans les familles de vésaniques. Ils ont hérité de tendances congestives vers le cerveau. A leur tour ils engendrent des cérébraux et leurs enfants conservent très souvent une excitation cérébrale permanente qui en fait des êtres très intelligents et d'une précocité surprenante. Ils deviennent parfois des êtres supérieurs « qui étonnent le monde quand ils ne succombent pas à l'affection paternelle ».

L'hérédité est parfois *limitée à un sexe*. Dans certaines familles, les femmes sont exclusivement frappées, dans d'autres, ce sont les hommes. Il n'est pas rare de voir dans trois générations successives, les filles devenir mélancoliques, à l'exclusion des garçons. Dans un cas, nous avons vu l'aïeul, le fils et le petit-fils succomber à la folie congestive.

L'influence de l'hérédité s'exerce sur l'époque même de l'éclosion de l'affection mentale. Lorsque la maladie mentale apparaît chez l'enfant exactement à l'âge où elle s'est manifestée chez le père ou la mère, on est en présence de l'*hérédité homochrone* ou aux *âges correspondants*. « La manie héréditaire, observe Esquirol, se manifeste chez les pères et les enfants souvent aux mêmes époques de la vie; elle est provoquée par les mêmes causes; elle affecte le même caractère. » La mélancolie suicide frappe souvent aux mêmes âges, avec une fatalité inexorable, plusieurs générations successives ou plusieurs membres de la même famille. On voit encore l'époque de la ménopause être pour l'aïeule, la fille et la petite-fille, le signal de l'explosion de la folie. Dans ce cas, il s'agit presque exclusivement d'hérédité directe, d'un sexe au sexe de même nom. Il existe pourtant quoique beaucoup plus

(1) Ball et Régis, *loc. cit.*

rarement, des cas où l'hérédité homochrone est croisée, du père à la fille, par exemple.

Il est plus fréquent toutefois de voir l'influence héréditaire se faire sentir chez les enfants à un âge plus précoce que celui où les parents ont été frappés. Cette particularité est même assez commune pour qu'on puisse la considérer comme étant la règle. On voit souvent des enfants, des jeunes gens être atteints d'aliénation mentale, alors que les parents ne succombent que beaucoup plus tard aux atteintes du même mal. Cette *hérédité anticipée* est l'indice certain de la marche progressive de la dégénérescence psycho-cérébrale.

Cependant, on voit souvent dans une famille plusieurs enfants être frappés d'aliénation mentale, sous la même forme, au même âge, dans les mêmes conditions étiologiques, alors que les parents sont demeurés toute leur vie indemnes du vice psychopathique. Darwin, signalant des faits pathologiques analogues, n'hésite pas à les rattacher à l'hérédité : « Sir H. Holland a constaté, dit-il, que les frères et sœurs d'une même famille sont souvent atteints, et cela à peu près au même âge, d'une maladie particulière n'ayant pas antérieurement paru dans la famille..... N. Sedgwick a montré que, dans plusieurs de ces cas, il y a probablement un retour à un ancêtre éloigné dont on n'a pas conservé le souvenir, mais tous d'ailleurs se rattachent à l'hérédité en ce sens que les enfants ayant hérité d'une constitution semblable à celle de leurs parents et se trouvant dans des conditions extérieures à peu près les mêmes, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'ils soient affectés d'une même manière et à la même période de leur vie (1). »

L'hérédité dissemblable ou de *métamorphose* se rencontre dans une proportion infiniment plus considérable que *l'hérédité similaire*. C'est ainsi qu'on voit ou coïncider ou se succéder dans une même famille la manie, la mélancolie, la paralysie générale, l'hystérie, l'épilepsie, l'imbécillité, l'idiotie. On peut expliquer ce phénomène par les considérations suivantes :

(1) Darwin, *Variation des animaux et des plantes* ; Paris, t. II, p. 17.

L'hérédité morbide d'origine nerveuse ne produit pas d'emblée l'aliénation mentale ; l'éclosion de cette dernière est préparée par les diverses névroses, la neurasthénie et la déséquilibration mentale des ascendants. Une fois apparue, ou les circonstances de la génération seront favorables et alors elle tendra à s'éteindre et à disparaître, ou elles seront aggravantes, et l'hérédité psychopathique suivra une marche progressive pour aboutir aux derniers degrés de la dégénérescence. Ainsi se produisent ces types psychopathiques disparates que l'on a groupés sous le nom de *Folie héréditaire*.

Parmi les causes qui accélèrent la marche progressive de l'hérédité, il faut ranger la consanguinité, au moins lorsqu'il existe au préalable chez les conjoints une tare nerveuse ou psychopathique. C'est à des alliances consanguines répétées qu'Esquirol attribuait l'abâtardissement de la race et la fréquence de la folie dans les aristocraties de l'Europe au dernier siècle.

Il faut encore invoquer une sorte de sélection qu'opèrent souvent entre eux les candidats à l'aliénation mentale. Instinctivement attirés les uns vers les autres, ils contractent ensemble des unions dont le résultat est le plus souvent désastreux.

« Les unions disproportionnées, d'une jeune fille et d'un vieillard, d'un jeune homme et d'une femme déjà âgée, de deux vieillards ou de deux jeunes gens incomplètement développés, dit Marcé, donnent des résultats tout aussi déplorables. On a remarqué dans les campagnes qu'il naissait beaucoup d'idiots de l'union de ces femmes qui, après avoir passé comme domestiques dans les villes les années de jeunesse, retournent dans leurs villages et se marient à des jeunes gens séduits par les économies qu'elles ont lentement amassées. »

L'état psychique des parents au moment de la conception n'est pas sans jouer un certain rôle dans les dispositions mentales futures des enfants ; il en est sans doute de même des émotions que subit la mère dans les premiers temps de la gestation.

Enfin, l'alcoolisme des parents mérite, à ce même point de vue, une mention toute spéciale. Nombre d'auteurs ont signalé l'action funeste exercée par l'état d'i-

vresse du père ou de la mère au moment de la conception; beaucoup d'idiots et d'épileptiques sont engendrés dans ces conditions. L'alcoolisme chronique n'a pas des conséquences moins fâcheuses et les enfants qui reçoivent le jour de parents placés sous l'influence de cette intoxication sont voués à une existence misérable. « Ces malheureux, dit Morel, subissent ce que j'appellerai des phases critiques, qui fixent irrévocablement, pour l'avenir, les conditions de leur existence. L'âge du développement de la puberté, par exemple, l'intercurrence des maladies incidentes, soit de l'ordre physique, soit de l'ordre moral, sont des crises d'autant plus dangereuses que ces infortunés, qui n'ont trouvé aucun secours dans une hygiène ou une prophylaxie antérieure convenable, n'ont pu davantage puiser les éléments de leur régénération dans le milieu défavorable qui les entourait. Dans ces cas, la transition subite et irrémédiable à l'idiotisme est la terminaison fatale qui les attend (1). »

Article II

CAUSES DÉTERMINANTES

Le rôle des causes déterminantes ou occasionnelles est presque entièrement subordonné à la prédisposition héréditaire. Voilà un point qu'il importe de ne pas oublier en passant en revue la série si nombreuse des influences étiologiques qui, soit isolément, soit réunies plusieurs ensemble, déterminent l'explosion de l'aliénation mentale.

1° *Causes morales.*

La question de savoir quelles sont des causes morales ou des causes physiques celles qui déterminent le plus

(1) Morel, *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine ;* Paris, 1856.

fréquemment la folie, a soulevé de graves débats dans la science. Bien que cette question nous semble quelque peu oiseuse, car on ne tarde pas à s'apercevoir, dans la pratique, qu'il y a presque toujours, à l'origine d'un cas donné d'aliénation mentale, un concours de causes occasionnelles variées, nous devons cependant enregistrer les recherches de nos prédécesseurs à ce sujet.

Pinel, Esquirol, Georget, Parchappe ont plaidé en faveur de la prédominance des causes morales; sur 1,000 cas de folie, ce dernier a rencontré 664 fois l'existence de causes morales et 335 fois seulement l'existence de causes physiques. Guislain a également rencontré les premières 66 fois sur cent. Sur 974 aliénés, Dagonet en a trouvé 405 ayant éprouvé des impressions morales plus ou moins vives.

En général, les causes morales exercent leur influence nocive sur les esprits doués d'une émotivité excessive ou sur les intelligences faibles, incapables de réfléchir, et qui une fois dominées par une passion ou un chagrin, sont incapables de se ressaisir. Chez les premiers, l'action de la cause morale est plus ou moins brusque sans être toujours immédiate; chez les seconds elle procède lentement, sourdement, introduisant successivement dans la place l'idée obsédante, puis l'idée fixe, enfin un état d'angoisse qui se transforme peu à peu en folie agitée.

L'action bien connue du *choc mental* chez les hystériques peut donner une idée du mécanisme par lequel les causes morales déterminent le délire et l'aliénation mentale.

Le mécanisme intime de l'action des causes morales dans la production des troubles psychiques se résumerait toujours, d'après Luys (1), en un ébranlement prolongé appelant à sa suite une fluxion sanguine persistante qui finit par s'éterniser et amener des hypérémies chroniques avec toutes leurs conséquences.

Passions, émotions, chagrins. — Les *passions dépressives* sont les seules qui paraissent avoir une action nuisible.

(1) Luys, *Traité clinique et pratique des maladies mentales* Paris, 1881.

Esquirol, en effet, a démontré que certains cas de folie attribués à l'excès de joie avaient été l'objet d'une interprétation vicieuse. Chez les femmes, l'amour contrarié, la jalousie; chez les hommes, les déceptions d'amour-propre et d'ambition si fréquentes dans notre société actuelle, sont les passions les plus souvent incriminées. Il faut ensuite citer le remords, le regret des fautes commises, l'habitude de l'isolement, la nostalgie qui ne se rencontre plus guère que dans des conditions exceptionnelles.

Les *chagrins domestiques* prolongés sont une des sources les plus fécondes de la folie, selon l'expression même d'Esquirol. Les chagrins causés par la brutalité ou la débauche de l'homme, par l'inconduite ou le caractère insociable de la femme ; la perte de la fortune commune et la misère consécutive, la mort prématurée des êtres chers, l'inconduite des enfants; toutes ces causes occasionnelles ont une action uniforme, usant peu à peu le système nerveux, amenant l'insomnie, les troubles digestifs, l'alanguissement de toutes les fonctions physiologiques, et finalement une irritabilité nerveuse qui conduit au délire.

La frayeur, la crainte sont souvent l'occasion de troubles intellectuels ou nerveux. Si la frayeur est souvent invoquée à tort comme cause de l'épilepsie, il n'en est pas de même dans l'hystérie qui succède communément à un choc moral de cette nature. Il en est de même de certaines formes aiguës de la folie, la manie, la stupeur mélancolique. La crainte des premiers rapports sexuels dans le mariage, la pudeur offensée, la crainte de se montrer nu devant le conseil de revision sont souvent invoquées comme causes déterminantes de certaines affections mentales.

Enfin, le fanatisme religieux, bien qu'il ait beaucoup perdu de sa fréquence, provoque encore de temps en temps des troubles intellectuels graves. Ils éclatent surtout à la suite de confessions, de retraites, de ces prédications destinées à réchauffer le zèle des populations attiédies et qu'on désigne sous le nom de missions. La première communion est aussi, pour quelques enfants à l'imagination surchauffée, l'occasion d'une ferveur exagérée qui peut dégénérer en aliénation mentale.

Imitation. Folie à deux. — Les esprits prédisposés peuvent être entraînés par la contagion morale, l'instinct d'imitation, dans une voie nettement pathologique. Les exemples abondent d'épidémies mentales ou convulsives déterminées par propagation (Ursulines de Loudun, Ursulines d'Aix, prophètes des Cévennes, convulsionnaires de Saint-Médard, etc.); c'est dans les couvents, les pensionnats, les ateliers, les églises que l'on voit le plus souvent surgir ces épidémies. On sait que l'hystérie est éminemment contagieuse. Les impulsions morbides qui caractérisent certains délires le sont aussi dans une certaine mesure. Ainsi les épidémies de suicide ne sont pas rares, témoins celles des filles de Milet, celles de certains couvents, au moyen âge; celles qui se manifestent de temps en temps dans les armées. On connaît l'histoire de cette guérite de soldat et de la porte des Invalides où se succédèrent pendant un moment les suicides par pendaison. Certaines créations littéraires telles que René, Werther, Chatterton, ont entraîné à la mort volontaire de nombreux prédisposés. L'impulsion au meurtre n'est pas moins contagieuse : Esquirol raconte qu'à la suite du meurtre pathologique accompli en 1825 par Henriette Cornier sur une petite fille, on vit se développer chez plusieurs femmes que ce procès étrange avait vivement frappées, des impulsions absolument semblables. Certains crimes retentissants font immédiatement école (étrangleurs de Lyon et de Marseille, femmes coupées en morceaux, cadavres expédiés comme colis de petite vitesse, etc.). De là, le danger trop évident du retentissement donné aux faits immoraux de tout genre par les journaux, la basse littérature, et certains théâtres (1).

Bucknill rappelant que l'entourage d'un individu exerce une grande influence sur son caractère et que tout homme finit par devenir semblable au point de vue mental à ceux qui l'entourent, en conclut que les personnes obligées de vivre avec les aliénés, médecins, infirmiers, employés, courent le danger de perdre la raison (2). Ce-

(1) P. Despine, *De l'Imitation considérée au point de vue des différents principes qui la déterminent;* Marseille, 1871.

(2) Bucknill, *Mental Science*, 1877.

pendant cette opinion, fort accréditée dans le monde, ne repose sur aucun fait sérieux.

Les esprits corrects n'ont rien à craindre du contact des aliénés. Il n'en est pas de même, malheureusement, des prédisposés. Un malade, au sein de sa famille, n'est pas toujours en présence d'esprits robustes ; parmi ses proches il en est qui participent plus ou moins à la prédisposition à laquelle il a lui-même succombé ; ce sont ceux-là qui, dans une mesure variable, peuvent subir l'influence du délire des véritables aliénés. Ces faits ont été étudiés par divers auteurs sous le nom de *folie communiquée* (1) et de *folie à deux* (2).

Selon Lasègue et J. Falret, l'aliéné, l'agent provocateur, présente en général un délire partiel qui dans quelques-unes de ses parties ne s'éloigne pas trop de la vraisemblance. Quant à son associé, pour qu'il soit réellement influencé, la première condition est qu'il soit d'une intelligence faible et disposée à la docilité passive ; la seconde qu'il vive en relation constante avec le malade ; la troisième qu'il soit engagé par l'appât d'un intérêt personnel.

Les enfants, appréhensifs par nature, sont disposés au premier chef à devenir les échos d'un délire auquel on les associe. Quand la transmission a lieu d'un jeune sujet à un individu sénile, ce dernier se contente en général de refléter le délire de son partenaire. D'adulte à adulte, il faut, pour que la contagion ait lieu, que les conceptions délirantes de l'aliéné correspondent aux préoccupations et aux sentiments de son associé.

En résumé, il faut, disent Lasègue et Falret, « placer en première ligne dans l'étude de la *Folie à deux :* d'abord la modération relative du délire, ses côtés sentimentaux, sa concordance avec les dispositions de celui qui s'y adapte ; en second lieu la répétition incessante des mêmes propos, renouvelés sans rémission ; enfin la débilité intellectuelle et morale du participant ».

La simulation prolongée de la folie peut-elle à la longue y conduire ? Il n'y a pas d'exemple bien authentique de ce

(1) Baillarger, *Gazette des Hôpitaux*, 1860.
(2) Lasègue et J. Falret, *Ann. méd. psych.*, 1873.

fait; toutefois, *a priori*, il ne doit pas être considéré comme improbable parce que les simulateurs sont souvent des prédisposés ou d'anciens aliénés qui délirent avec la plus grande facilité. La simulation prolongée peut en outre agir d'une façon indirecte, par l'épuisement, l'anémie, le régime qu'elle entraîne (1).

Emprisonnement simple ou cellulaire. Folie pénitentiaire. — On a longtemps accusé l'emprisonnement simple et surtout cellulaire de déterminer l'éclosion de la folie chez les détenus, et cette opinion compte encore des partisans.

Kirn (2), sur quatre cents détenus en a vu, en l'espace de deux ans, quarante devenir aliénés. Il y aurait, selon lui, une relation remarquable entre la forme du trouble mental et la nature du crime. La mélancolie et le délire de persécutions seraient les formes les plus fréquentes. Certains éléments de la mélancolie, l'hypocondrie, les illusions sensorielles et les hallucinations devraient être mises au compte de la détention cellulaire.

Bär (3), tout en reconnaissant que si l'aliénation mentale est beaucoup plus fréquente chez les détenus que parmi la population libre, il faut en accuser diverses circonstances, telles que les accès d'aliénation antérieurs, l'hérédité, le manque d'éducation et de sentiments affectifs, la débauche, l'alcoolisme, n'en soutient pas moins que l'emprisonnement peut à lui seul développer la folie. Ce qui le prouverait, c'est que les criminels d'occasion deviendraient plus facilement aliénés que les criminels d'habitude. Cette folie pénitentiaire se développerait surtout dans les deux premières années de la réclusion ; il faudrait incriminer, comme causes secondaires, l'anémie, la phtisie, l'abstinence sexuelle et l'onanisme.

Selon Hurel (4), l'emprisonnement ne jouerait qu'un rôle bien secondaire dans la production des aliénations pénitentiaires. Il faut remarquer d'abord que les condamnés peuvent être divisés en deux catégories : dans la pre-

(1) V. Parant, *Ann. méd. psych.*, 1885.
(2) Kirn, *Allg. zeitschrift für Psychiatrie :* 1880.
(3) Bär, *Præger. zeitsch et Annales.* 1875.
(4) Hurel, *Annales.* 1875.

mière, la moins nombreuse, se rangent les non-vicieux que le remords peut atteindre et chez qui l'emprisonnement peut faire naître un état d'abattement et de prostration favorable au développement de la folie, *mais rarement capable de la faire naître.* La deuxième, la plus nombreuse, comprend les récidivistes, individus à intelligence faible et défectueuse, aux conformations anormales, aux instincts naturellement vicieux et maladifs. Ces individus, étant prédisposés à un haut degré, peuvent devenir tout à fait aliénés, mais ce fait ne se présente pas avec une fréquence inusitée. En sept ans, sur une population de 5,570 détenus, il n'en a vu que 12 devenir aliénés. Parmi ces 12, il n'y en a que 2 chez qui l'emprisonnement ait paru être la cause unique de l'aliénation. La conclusion de l'auteur est que, si le régime de la prison (non cellulaire) jouit de quelque influence pathogène, elle est bien faible. Le régime cellulaire ne lui paraît pas, d'ailleurs, plus nuisible.

Quel que soit le régime pénitentiaire, le nombre des fous est plus considérable parmi les détenus que dans la vie libre. Coindet, à Genève, a trouvé 15 cas d'aliénations sur 329 détenus; Lélut, sur 18,845 prisonniers a compté 359 aliénés; Sauze, 44 sur 2,400; mais il a soin de faire observer que sur ces 44, 3 seulement sont devenus fous sous l'influence de la réclusion. Pour expliquer cette prédominance de la folie dans les pénitenciers, il faut bien remarquer, avec Marcé et Baillarger: 1° que parmi les détenus aliénés, il en est qui étaient malades au moment de leur séquestration; 2° que beaucoup de crimes et de délits sont commis dans la période d'incubation de la folie, période facilement méconnue; 3° que parmi les prisonniers un grand nombre sont des faibles d'esprit, des dégénérés, des candidats à l'aliénation confirmée.

A. Voisin (1), dans une étude sur l'état physique, intellectuel et moral des détenus ayant subi l'emprisonnement cellulaire dans les établissements pénitentiaires de Belgique pendant une période de dix ans et plus, arrive à cette conclusion, qui confirme les considérations précédentes, que le régime des prisons cellulaires réduit la

(1) Voisin, *Académie de médecine*, 1er mai 1888.

mortalité au minimum et ne provoque pas plus l'aliénation mentale et les idées de suicide qu'un autre mode d'emprisonnement.

2° *Causes physiques.*

§ 1er.— Causes locales

Traumatismes du crâne. — Les traumatismes craniens sont une des causes déterminantes les plus importantes de l'aliénation mentale, soit qu'ils ne laissent aucune lésion matérielle appréciable, soit qu'ils produisent des fractures, l'enfoncement des os, des épanchements sanguins, des abcès ou autres lésions graves.

Dans les deux cas, la folie ne survient qu'à une date plus ou moins éloignée de l'accident; elle est précédée de prodrômes significatifs tels que céphalalgies, vertiges, accidents méningitiques, attaques épileptiformes, affaiblissement progressif de l'intelligence, etc. Elle se présente le plus souvent sous la forme maniaque, soit continue, soit plutôt irrégulière, rémittente, coupée de périodes de stupeur, de retours incomplets de lucidité, et promptement terminée par une démence progressive et incurable.

On observe aussi après les traumatismes craniens la folie congestive, les explosions de délire ambitieux et la paralysie générale. Cette dernière n'est parfois que la terminaison d'une longue suite d'accidents ayant duré un nombre considérable d'années. Un individu tombe dans son enfance sur la tête; à sept ans il a une pseudo-méningite suivie de troubles intellectuels ; plus tard il se montre réfractaire à toute éducation, se livre aux excès alcooliques et à la débauche. A trente ans il a des accès de délire; à quarante-cinq ans il tombe dans le délire continu avec exacerbations maniaques; cependant il se remet, puis retombe dans un accès de stupeur aiguë. Plus tard enfin il a du délire ambitieux, des attaques épileptiformes, des congestions graves, et meurt à cinquante ans avec les lésions classiques de la paralysie générale.

Du fait du traumatisme, il peut se produire une modification dynamique des centres nerveux qui se fera sentir pendant toute l'existence. Lasègue a surtout insisté sur ce

point. Un enfant fait une chute sur la tête et semble se remettre sans accident. Au bout de quelques semaines, de quelques années, on s'aperçoit qu'il dort moins bien, il est moins gai, se montre bizarre, a des fantaisies ; sa santé est moins bonne. Vers sept ou huit ans, époque de la *puberté cérébrale*, et vers quinze ou dix-huit ans, il survient des accidents cérébraux mal définis, et ainsi de suite dans tout le cours de l'existence jusqu'à la catastrophe finale. Chez l'adulte les choses peuvent se passer à peu près de même, longtemps après le traumatisme se produisent des accidents bizarres, des accès mal caractérisés, des délires transitoires, des attaques épileptoïdes, etc. Ils sont devenus des *cérébraux*. « Lorsque, dit en résumé cet auteur, la santé cérébrale a été troublée, ne fut-ce qu'un moment, par une blessure, par une lésion encéphalique, par une malformation du crâne, la guérison n'est trop souvent que la suspension des accidents. Le malade, supposé guéri, a acquis une diathèse morbide qui décidera du reste de son existence. Il devient sujet à des désordres physiques et intellectuels se produisant le plus habituellement sous forme de crises incomplètes, irrégulières, rompant la solidité des lois pathologiques, et que nous devons étudier comme une espèce à part dans le genre des affections cérébrales (1).»

Lésions spontanées du cerveau et de ses annexes. — Toutes les lésions organiques spontanées du cerveau peuvent être causes de folie. Leur première action est de produire l'affaiblissement de l'intelligence et la démence ; ensuite se produisent des délires secondaires de forme variable.

Les affections de l'oreille peuvent, par propagation, déterminer des affections du cerveau et consécutivement la folie. Elles agissent aussi indirectement dans le même sens en provoquant la surdité qui prédispose à la défiance, à la tristesse et à l'inquiétude, prodromes de la mélancolie. Détail caractéristique, les aliénés sourds sont les les plus hallucinés de tous.

(1) Lasègue, *Des délires instantanés*. Congrès international de médecine mentale de 1878 ; Paris, 1880.

Lésion d'un organe éloigné. Folie sympathique. — La lésion ou l'irritation d'un organe éloigné peut, par un mécanisme qui doit tenir de l'action réflexe, mais qui en réalité nous est inconnu, déterminer des troubles intellectuels et la folie véritable.

Esquirol, Prost, Daquin, Ferrus, Vogel (1), Pons (2), ont rapporté des cas de folie guéris par l'expulsion de vers intestinaux, ascarides et tœnias. Sauvages, Legrand du Saulle citent des cas d'aliénation mentale causés par la présence de larves dans les cavités nasales et dans le conduit auditif, et que l'expulsion de ces insectes fit disparaître (3).

Marcé a réuni des observations d'aliénation développée pendant la grossesse et disparaissant avec elle. Loiseau (4), Azam (5), Guislain et les auteurs anciens ont relaté des faits de folie prenant naissance en même temps que des affections utéro-ovariennes et guérissant en même temps que ces dernières.

Tels sont les faits qui méritent *exclusivement* d'être désignés sous le nom de *Folie sympathique*. Ainsi que le fait observer Marcé, il importerait au plus haut point et pour le pronostic et pour le traitement de pouvoir reconnaître d'emblée si une affection mentale est sympathique d'une lésion organique éloignée, le pronostic et le traitement n'étant pas autres que ceux de la maladie première. Heureusement ces faits sont extrêmement rares, ce qui permet de se consoler aisément de la prétendue insuffisance de la science sur ce point.

Dans la plupart des cas, le rôle des lésions organiques éloignées dans la genèse de la folie est beaucoup moins exclusif et n'influe ni sur la forme, ni sur la marche, ni sur le pronostic, ni même sur le traitement de ces aliénations. Ainsi les prétendues *folies génitales*, *cardiaques*, *tuberculeuses*, *liées aux lésions du tube digestif*, etc., n'ont absolument rien de spécifique et ne méritent à aucun titre d'être appelées *sympathiques*. Elles sont presque tou-

(1) Marcé, *Traité des maladies mentales ;* Paris, 1862.
(2) Pons, *Annales méd. psych.*, 1882.
(3) Legrand du Saulle, *Société médic. psych.*, 1857.
(4) Loiseau, *Mémoire sur la folie sympathique :* Paris, 1857.
(5) Azam, *De la Folie sympathique ;* Bordeaux, 1858.

jours liées à d'autres causes que la lésion viscérale, à l'hérédité par exemple, à une opportunité morbide générale coëxistante ; elles sont rares relativement aux lésions incriminées ; elles ne disparaissent pas avec la prétendue cause génératrice.

Si nous prenons, par exemple, les folies cardiaques, ce n'est pas par des influences réflexes que les auteurs cherchent à les expliquer : ils invoquent le nervosisme antérieur de l'individu, l'action de l'anémie cérébrale dans les lésions aortiques, l'action de la stase veineuse dans les affections mitrales, les modifications de l'hématose (chlorose cardiaque) ; le défaut d'oxygénation du sang et l'accumulation dans ce liquide de l'acide carbonique et des produits de désassimilation (1).

De même, la folie des phtisiques s'explique beaucoup mieux par l'altération du sang, par l'introduction dans l'encéphale d'un sang vicié ou défectueux (Griesinger); ou encore par l'inanition cérébrale (Simon, Potain) que par l'action réflexe du plexus pulmonaire irrité (Wallach) ou par les troubles réflexes vaso-moteurs (Loiseau).

Les folies génitales sont peut-être celles où le mécanisme de l'action réflexe peut être invoqué avec le plus de vraisemblance dans un petit nombre de cas. Encore faut-il en exclure les folies climatériques (puberté, ménopause) où les organes génitaux peuvent très bien ne jouer aucun rôle, et où un travail général d'évolution ou d'involution organique mérite seul d'être incriminé.

Nous devons signaler la folie qui se développe à la suite des opérations graves, sous l'influence du choc traumatique. A. Voisin a publié deux cas d'ovariotomie suivis de délire. La première femme, âgée de trente-deux ans, fut prise le troisième jour de l'opération de délire accompagné d'hallucinations et de fièvre, et succomba au bout de trente-six heures. La seconde, âgée de vingt-six ans, fut prise huit jours après l'ovariotomie de manie avec exaltation, idées de grandeur, hallucinations, fièvre intense. Elle mourut le sixième jour et on trouva à l'autopsie les lésions de la méningo-encéphalite.

(1) L. d'Astros, *Etude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques*. Thèse ; Paris, 1881, et A. Fabre, *les Relations pathogéniques des troubles nerveux ;* Paris, 1880.

§ 2. — Causes générales

Cachexies. Onanisme. — Ce que nous venons de dire du mécanisme qui préside à l'éclosion de la folie coïncidant avec la lésion d'un organe éloigné, nous dispense de longs développements au sujet de l'action déterminante des états cachectiques.

Toutes les anémies quelle qu'en soit la cause, chlorose, hémorragies, convalescences, maladies chroniques, cancer, mauvaise hygiène, etc., favorisent singulièrement l'explosion de la folie chez les individus prédisposés ; mais il faut voir avec quelle rapidité on en obtient la guérison par un traitement bien dirigé.

L'épuisement nerveux entretenu par l'onanisme peut également être une cause déterminante de folie. Cependant il importe de remarquer que dans beaucoup de cas, la masturbation n'est qu'un symptôme d'un état névropathique préexistant, et que dans la plupart des autres, elle n'a d'action qu'en raison de l'existence d'une prédisposition héréditaire très développée. Enfin, selon Krafft-Ebing, dans une troisième série de cas, elle créerait une disposition puissante à la faveur de laquelle — mais sous l'influence d'une autre cause occasionnelle — la folie ferait explosion.

Cette prédisposition spéciale créée par l'onanisme se reconnaît à des symptômes particuliers: amaigrissement, sensation de fatigue, névralgies vagues, troubles de l'innervation des vaso-moteurs, d'où des alternatives fréquentes de rougeur et de pâleur de la face; troubles de la digestion, névralgies des organes génitaux, troubles élémentaires de l'intelligence, hypocondrie.

L'épuisement nerveux n'est pas le résultat des déperditions spermatiques, car la masturbation est aussi funeste chez la femme que chez l'homme; elle provient exclusivement de l'excitation nerveuse anormale.

Les circonstances adjuvantes des pratiques onanistiques sont le remords, les regrets de la faute commise, la honte, le découragement provenant de l'impuissance où le sujet se trouve de lutter contre sa funeste passion, la terreur

des conséquences qu'on lui attribue, la lecture des livres sur l'onanisme à l'usage de la jeunesse.

D'après le même auteur, l'onanisme imprimerait à la folie des caractères qui permettraient d'en reconnaître la cause tels que : multiplicité des hallucinations et facilité avec laquelle elles se réveillent (1).

Les abus vénériens de toutes sortes sont fréquents chez les aliénés, soit dans le cours de la maladie, soit dans la période prodromique. Les formes mentales où l'onanisme se montre le plus fréquemment sont : la manie, la paralysie générale au début, la démence, surtout sénile, l'imbécillité et l'idiotie.

Il ne faut pas oublier, au surplus, que les perversions sexuelles sont presque exclusivement sous la dépendance du tempérament névropathique. C'est ainsi que l'instinct de la masturbation se réveille chez des sujets de l'âge le plus tendre ; que certains adultes sont les uns frappés d'une frigidité inexplicable, les autres atteints d'une véritable fureur génitale.

A ces anomalies se rattachent encore *l'inversion du sens génital* (Westphal, Charcot et Magnan), la répulsion pour l'acte sexuel, les impulsions aux actes contre nature, etc.

Diathèses. — L'influence des diathèses sur la production de la folie soulève les questions les plus ardues de pathologie générale et en particulier celles de l'existence même des diathèses. On peut cependant admettre sans qu'il soit nécessaire d'aborder ce problème, que le trouble nutritif qui engendre chaque espèce d'accidents diathésiques, est susceptible d'atteindre le cerveau et de provoquer des accès d'aliénation mentale.

On doit à Reynolds une description des troubles intellectuels et nerveux d'origine *goutteuse*. Les premiers seraient caractérisées par le besoin de mouvement, l'insomnie, des alternatives d'excitation et de dépression, un état hystérique qui empêche le malade de vaquer à ses affaires, une altération de la mémoire, des idées de suicide, des troubles de l'audition et des hallucinations plus ou moins

(1) Krafft-Ebing. *De la folie consécutive à l'onanisme chez les hommes.* (*Allg. Zeitschr. für Psych.*, 1874 et *Annales*, 1877.)

distinctes. Ces symptômes peuvent alterner avec des troubles de la sensibilité, des névralgies et de nombreux désordres neurasthéniques (1).

Berthier (2) a réuni vingt-quatre cas de folie goutteuse : six mélancolies, deux stupidités, sept manies, deux démences paralytiques et sept délires mal définis. D'après ces observations, les accidents vésaniques sont, le plus souvent, consécutifs à la cessation de la goutte ; dans quelques cas, la goutte et la folie s'accompagnent ; enfin dans d'autres plus rares, la goutte peut se larver sous la forme vésanique.

En dehors des désordres cérébro-méningitiques qui ont reçu le nom de *rhumatisme cérébral*, le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu peut être cause occasionnelle d'aliénation mentale.

En 1856, Mesnet (3) attirait l'attention sur la folie rhumatismale et en publiait un cas intéressant. Ball (4), en 1866 en réunit douze observations empruntées à divers auteurs. On en doit quelques autres à Pleischl (5), Griesinger (6), Vaillard (7), Laveran (8). Il résulte de tous ces faits que la folie rhumatismale existe, et qu'elle constitue une des formes du rhumatisme cérébral.

On observe la forme maniaque et mélancolique. La forme maniaque se manifeste surtout lorsque l'aliénation survient pendant le cours même du rhumatisme. Le malade de Mesnet après quelques prodromes constitués par de l'hébétude, fut pris d'un délire aigu avec violence, hallucinations de la vue et de l'ouïe, conceptions délirantes, croyance à des complots, à des machinations. Pendant l'accès de manie, les douleurs disparaissent pour se reproduire lorsque les troubles intellectuels s'atténuent. Il semble que cette forme de folie rhumatismale n'ait pas besoin, pour se produire, d'une prédisposition héréditaire à l'aliénation mentale.

(1) *Annales médico-psych.*, 1882.
(2) Berthier, *Des névroses diathésiques ;* Paris, 1875.
(3) Mesnet, *Archiv. gén. de méd.*, 1856.
(4) Ball, Thèse d'agrégation, 1866.
(5) Pleischl, *Oester Zeitsch. f. Prak. Heilk*, 1856.
(6) Griesinger, *Traité des mal. ment.*
(7) Vaillard, *Gazette hebdomadaire*, 1856.
(8) Laveran, *Union médicale*, juin 1876.

La forme mélancolique s'observe surtout pendant la convalescence du rhumatisme. Elle peut revêtir tous les aspects de la mélancolie aiguë jusqu'à la stupeur la plus complète, mais on observe en général, au fond de toutes les modalités cliniques, une obtusion intellectuelle très marquée qui peut persister sous forme d'affaiblissement des facultés après la guérison des accidents vésaniques.

Parmi les nombreux troubles nerveux occasionnés par le *diabète*, il convient de signaler les désordres de l'intelligence. Dans certains cas, la mémoire s'affaiblit, le malade tombe dans la tristesse et l'apathie. Son sommeil est troublé par des cauchemars, des hallucinations et des terreurs qui peuvent pousser le malade au suicide. Dans d'autres cas, on observe un affaiblissement progressif de l'intelligence aboutissant à la démence.

« Delpech, disent MM. Bernard et Féré (1), a fourni à Marchal (de Calvi) un cas de paralysie générale véritable, survenu chez un glycosurique précédemment affecté d'un anthrax, mais en présence d'un cas isolé on doit croire à une simple coïncidence. Quant aux véritables vésanies diabétiques, ce sont probablement de simples coïncidences qui s'expliquent par les rapports fréquents que l'on constate par l'hérédité entre le diabète et l'aliénation mentale ou l'épilepsie. »

Toutefois, on sera en droit de se croire en présence d'une véritable folie diabétique quand on verra les deux ordres de symptômes suivre une marche parallèle et rétrograder ensemble sous l'influence du traitement.

La *syphilis* peut être invoquée dans certains cas, comme cause déterminante de l'aliénation mentale. Le dérangement des facultés peut survenir dans la période secondaire ou dans la période tertiaire. La folie de la période secondaire ne se développe guère que chez des individus prédisposés. Les premiers symptômes consistent dans l'altération de l'humeur et du caractère, de l'hypocondrie, de la syphiliphobie. A cette période peut succéder une folie de forme commune, qui, malgré les efforts tentés surtout par

(1) Bernard et Féré, *Des troubles nerveux chez les diabétiques.* (*Archives de neurologie*, 1882).

des aliénistes étrangers, n'offre aucune physionomie particulière. La syphilis n'agit évidemment, dans ces cas, que d'une façon indirecte, par l'anémie qui accompagne toute infection syphilitique au début.

Dans la période tertiaire, les troubles intellectuels sont le résultat de néoplasies spécifiques développées dans le cerveau ou ses enveloppes. Selon Fournier, il existerait de cette espèce de folie deux formes principales : 1° la forme dépressive, avec symptômes de démence ; 2° la forme expansive, maniaque aboutissant au même terme, l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles.

Les tumeurs syphilitiques du cerveau peuvent en outre s'accompagner de symptômes musculaires et intellectuels absolument identiques à ceux de la paralysie générale, à ce point que le diagnostic différentiel n'est guère possible que par la connaissance exacte des antécédents. (Lancereaux, A. Voisin, A. Foville.)

La syphilis a surtout été accusée de déterminer la paralysie générale : selon Fournier (1), il existe deux sortes de paralysie générale d'origine syphilitique : 1° un premier groupe comprend les anciens syphilitiques qui sont atteints de paralysie générale vraie. Y a-t-il là une simple coïncidence, ou une relation de cause à effet? Les deux hypothèses peuvent être soutenues. 2° Un second groupe est composé de cas offrant bien encore la plupart des attributs de la paralysie générale, mais différant de cette dernière par des traits nombreux et variés. On trouverait cependant à l'autopsie exactement les mêmes localisations morbides que dans la paralysie générale ordinaire. Il propose de donner aux observations de ce second groupe le nom de *pseudo-paralysie générale* d'origine syphilitique.

Ces idées ne sont pas partagées par la majorité des manigraphes, qui pensent que la désignation de pseudo-paralysie générale syphilitique doit être réservée aux cas où à la symptomatologie ordinaire de la paralysie générale correspondent à l'autopsie des lésions syphilitiques. Ce sont des états paralysoïdes (Lasègue) qui n'ont rien à voir avec la paralysie générale vraie.

(1) A. Fournier, *la Syphilis du cerveau;* Paris.

Quant au rôle que peut jouer la syphilis comme cause occasionnelle de la paralysie générale légitime; tandis qu'il est à peu près regardé comme nul par les médecins français, on le considère à l'étranger, surtout en Allemagne, comme des plus importants. Ce point sera examiné au chapitre de la paralysie générale.

Fièvres. Maladies aiguës. — Sydenham, le premier, a signalé la manie qui se développe consécutivement aux *fièvres intermittentes*, surtout de type quarte. Baillarger (1) en a cité deux cas et Friedreich en a rassemblé quelques observations. Selon Baillarger, c'est par l'intermédiaire de l'anémie qu'il entraîne, qu'agit le principe paludéen dans le développement de l'aliénation mentale.

Sébastien, Macario, Griesinger (2), Berthier, Lalmette (3) Christian (4), ont encore donné des exemples de folie causée par la fièvre intermittente. Néanmoins, Dagonet, qui a exercé dans des pays à endémicité palustre, révoque en doute cette étiologie.

Mabille (5) a publié un cas de manie coïncidant avec des accès de fièvre intermittente, dans lequel il y eut guérison simultanée.

G. Lemoine et J. Chaumier (6) concluent dans un travail récent sur les troubles psychiques dans l'impaludisme, qu'il y a lieu de distinguer un délire accompagnant l'accès de fièvre; une folie de la convalescence, délire tranquille, stupeur ou manie, à pronostic bénin; des troubles intellectuels bornés ou de la folie chronique chez les vieux paludéens et enfin une forme de pseudo-paralysie générale d'origine paludéenne.

De véritables accès d'aliénation mentale succèdent à la *fièvre typhoïde* soit immédiatement, pendant la convalescence, soit après un temps plus ou moins long. Sur deux mille aliénés soignés en trois ans à Siegburg, Nasse en a trouvé quarante-trois cas.

(1) Baillarger, *Annales*. 1843.
(2) Griesinger, *Annales*, 1844, 1849, 1861.
(3) Lalmette, *Gazette des hôpitaux*, 1872.
(4) Christian, *Archives générales de médecine*. 1873.
(5) Mabille, *Annales méd. psych.*, 1881.
(6) Chaumier, *Annales*, 1887.

La folie de la convalescence est en général bénigne ; c'est un délire d'anémie qui cède facilement à une médication appropriée. Dans quelques cas, cependant, il peut être grave et revêtir la forme chronique. Les formes les plus habituelles sont : la stupeur par hébétude intellectuelle, la manie et la mélancolie. Cette dernière paraît la plus fréquente. Elle se caractérise habituellement par de la dépression, des hallucinations mal définies de l'ouïe et des idées de persécution plus ou moins puériles.

La manie se complique parfois de délire ambitieux. Les auteurs (Leudet, Max Simon) en ont cité de singuliers exemples chez des adolescents ou des jeunes filles. Louis a observé dans les mêmes conditions des conceptions bizarres analogues à celles des rêves.

Cette tendance de la folie consécutive à la fièvre typhoïde, à revêtir des formes démentielles est en rapport avec ce qu'on sait de l'état mental habituel aux typhiques convalescents : leurs facultés intellectuelles et surtout la mémoire sont presque toujours considérablement affaiblies.

La fièvre typhoïde peut créer une prédisposition destinée à éclater dans un délai plus ou moins éloigné ; il s'agit alors d'une sorte de dégénérescence mentale acquise, jouant un rôle analogue à la dégénérescence héréditaire.

Enfin la folie peut coïncider avec la fièvre typhoïde et se montrer pendant son cours. Les délires initiaux dus à l'empoisonnement du sang revêtiraient, d'après Kræpelin, la forme de la mélancolie active. Les délires de la période d'état occasionnés par l'hyperthermie, la fièvre et les troubles circulatoires, se présenteraient sous la forme maniaque : manie polymorphe, protéique, combinée à des phénomènes d'excitation et de dépression. Le pronostic des délires de la période d'état serait beaucoup moins grave que celui de la période initiale qui serait funeste dans la proportion de 62 % (1).

Fréquent dans le cours de la *pneumonie*, le délire se manifeste parfois dans la convalescence de cette maladie sous un aspect exclusivement vésanique. L'hérédité et le

(1) *Archives de neurologie*, 1884.

nervosisme ne manquent pas d'intervenir dans l'étiologie. Il revêt de préférence la forme mélancolique, surtout la stupeur aiguë.

La *variole* est celle des fièvres éruptives qui se complique le plus fréquemment d'aliénation mentale. Comme dans la fièvre typhoïde elle se manifeste principalement soit à la période initiale ou d'éruption, soit pendant la convalescence. Pendant la période d'éruption elle se présente surtout sous la forme maniaque aiguë, et pendant la convalescence, on observe de préférence la forme mélancolique. Tout en affectant, comme chez les typhiques, un cachet d'absurdité et de niaiserie plus ou moins accentué, ce délire est en général facilement curable; on le voit cependant parfois se terminer par la démence.

Delasiauve a signalé l'influence du *choléra* sur la production de la folie. C'est ordinairement pendant la convalescence de cette maladie qu'éclatent des accès maniaques pouvant revêtir tous les aspects cliniques et principalement la forme ambitieuse. Malgré la gravité apparente de ces aliénations, elles sont, comme toutes les folies de la convalescence, d'un pronostic en général favorable et cèdent rapidement au traitement tonique et reconstituant.

Nous croyons inutile de poursuivre cette revue déjà longue, nous en tenant aux maladies aiguës qu'on reconnaît comme intervenant le plus fréquemment dans l'étiologie de l'aliénation mentale. Le rôle de celles qui nous resteraient à mentionner est beaucoup moins important. On a vu quelques cas de folie dus à la pleurésie, à la scarlatine, à l'érysipèle, à la diphthérie, à la dysenterie, à la rougeole, mais il n'y a pas lieu d'en faire un examen spécial.

§ 3. — Causes physiologiques

Menstruation. — Derrière presque tous les désordres de la menstruation il y a un état général qu'il importe de rechercher et de combattre si l'on veut arriver à un résultat favorable : anémie, nervosisme, hystérie, chlorose, évolution organique difficile, etc. Ce sont à ces états beaucoup plus qu'aux désordres de la menstruation eux-mêmes que remonte la responsabilité directe de la folie. Cela dit, nous pouvons parler des désordres de la mens-

truation dans leurs rapports avec l'aliénation mentale.

La première apparition des règles peut être le signal de troubles intellectuels, depuis une simple modification du caractère jusqu'à la folie la plus aiguë. Chaque retour de l'ovulation sera le point de départ d'un nouvel accès semblable au premier jusqu'à parfait établissement de la fonction, à moins que la folie n'ait suivi une marche continue et n'ait abouti à la démence.

La *folie de la puberté* peut revêtir des formes aiguës, manie, mélancolie, stupeur, mais avec les caractères spéciaux qu'impose à ces espèces cliniques la dégénérescence (polymorphisme, couleur mystique des conceptions délirantes, désordres des actes, etc.).

Elle se présente aussi souvent sous la forme des délires impulsifs du caractère le plus dangereux (suicide, homicide, pyromanie, folie du doute).

La folie reconnaît parfois comme cause une suppression brusque des règles : la forme est dans ce cas, franchement aiguë et d'un pronostic favorable.

Les troubles dysménorrhéiques peuvent également s'accompagner de désordres intellectuels : idées bizarres, impulsions, perversions morales ; puis folie véritable à accès intermittents ou rémittents avec complication de symptômes hystériques.

La *folie de la ménopause* se développe tantôt sous l'influence de la pléthore qui résulte de la suppression menstruelle, tantôt sous l'influence de l'anémie causée par des métrorragies abondantes. Tantôt elle rappelle par sa forme, ces origines diverses (manie congestive, mélancolie ou manie aiguë), tantôt elle en est indépendante et semble plutôt se rattacher à la seule prédisposition héréditaire (folie partielle systématisée) ou au nervosisme (folie névropathique ou hystérique).

Chez un grand nombre d'aliénées, l'époque menstruelle est le signal d'un redoublement des symptômes psychopathiques et de l'agitation.

Grossesse, accouchement, lactation. Folie puerpérale. — On rencontre, d'après Marcé (1), un cas de *folie puerpérale*

(1) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices ;* 1858.

sur douze ou treize cas d'aliénation mentale. Les statistiques du même auteur démontrent que c'est surtout à la suite de l'accouchement que les complications délirantes sont le plus à redouter. En second lieu vient la période de la lactation ; l'état de grossesse n'arrive qu'en troisième ligne et de beaucoup en arrière. On peut admettre comme démontré que 60 % des cas de folie puerpérale se développent à la suite de l'accouchement, 30 % pendant la période de l'allaitement et 10 % seulement pendant la grossesse.

Les nouvelles accouchées affectionnent surtout la forme maniaque. Elle se développe chez elles à deux époques distinctes : 1° dans les huit ou dix premiers jours qui suivent la délivrance et alors, selon Marcé (1), son origine peut être légitimement rapportée à la fièvre de lait et à l'ébranlement nerveux qui accompagne l'accouchement ; 2° vers la cinquième ou sixième semaine, c'est-à-dire au moment de la première époque menstruelle.

Chez les nourrices, on observe à peu près également la manie et la mélancolie. Le nombre des mélancoliques s'élève d'autant plus qu'on s'éloigne davantage de l'accouchement, et que la fatigue, l'anémie et l'épuisement augmentent.

La folie de la grossesse se déclare en général dans les trois derniers mois et revêt, de préférence la forme mélancolique. L'accouchement n'amène que rarement l'amélioration ou la guérison des symptômes vésaniques concomitants.

En dehors de l'hérédité, qui est la cause fondamentale de toutes ces aliénations, elles sont subordonnées à des conditions étiologiques secondaires dont Marcé a fait une étude complète que nous allons résumer en quelques mots :

Plus les femmes sont âgées et plus elles sont exposées à la folie lorsqu'elles deviennent enceintes.

Le nombre des grossesses augmente la prédisposition à la folie, par suite sans doute de la débilitation progressive qui en résulte pour l'organisme.

Un accès antérieur d'aliénation, ou un état mental fâcheux pendant la grossesse, prédispose à la folie puerpérale.

(1) Marcé. *Traité pratique des mal. ment.* : 1862.

Le sexe de l'enfant que la femme a porté ou allaité devient quelquefois cause de folie. (Les garçons entraînent des grossesses, des couches plus pénibles, une lactation plus épuisante.)

L'hémorragie pendant ou après l'accouchement hâte le développement des accidents nerveux.

La folie peut survenir chez les nouvelles accouchées à la suite de convulsions éclamptiques.

La première menstruation qui suit l'accouchement exerce sur le développement de la folie puerpérale une grande influence (Baillarger). Sur quarante-quatre nouvelles accouchées n'ayant pas allaité et devenues aliénées, onze sont tombées malades vers la sixième semaine. Chez les nourrices l'invasion du délire a lieu de la quatrième à la sixième semaine qui suit l'accouchement. Après le sevrage, il éclate au moment du retour des règles.

Les difficultés de la parturition, un phlegmon du sein, un refroidissement, peuvent être le point de départ de la folie puerpérale.

Enfin, il convient de citer les émotions morales, que l'auteur n'a rencontrées que neuf fois sur soixante malades.

§ 4. — Causes spécifiques

L'action des poisons comme cause déterminante de l'aliénation mentale joue un rôle dont l'importance croît chaque jour, grâce à la diffusion de l'alcoolisme, à la multiplicité des procédés de l'industrie qui sont basés sur la manipulation de substances toxiques les plus dangereuses, à nos mœurs fébriles qui poussent à la recherche d'excitants nouveaux, etc.

D'après R. Wallace (1), un tiers au moins des aliénés du Texas sont redevables de leur état à l'abus des alcooliques, soit par le fait de leur intempérance personnelle, soit par celle de leurs ascendants. Sans être aussi coupable dans le vieux monde, l'alcool y joue encore un rôle assez désastreux pour qu'il mérite d'être étudié à part.

Il en sera de même pour le saturnisme, ou empoison-

(1) Wallace, *American Journal of Insanity*, 1881.

nement par le plomb dont l'action élective sur le système nerveux est toute spéciale.

Parmi les poisons industriels dont l'importance est moindre, il convient de citer le sulfure de carbone employé dans la préparation du caoutchouc, auquel on a attribué quelques cas de manie ; l'iode, le mercure, dont nous avons déjà parlé lorsque nous avons exposé le rôle prédisposant de certaines professions.

L'opium, jadis exclusivement consommé en Orient, devient de consommation vulgaire chez tous les peuples civilisés sous la forme morphinique. Aussi le morphinisme a-t-il déjà une histoire spéciale.

Le tabac, en dehors des troubles nerveux multiples qu'on lui attribue, est accusé à bon droit de déterminer l'affaiblissement de l'intelligence, et surtout de la mémoire : « Oubli des mots, oubli des substantifs, surtout des noms propres, jamais ou presque jamais oubli des faits et des images. Après de grands abus de tabac, l'amnésie verbale est presque complète ; le malade se sert à chaque instant des mots *machin*, *chose*, pour désigner les personnes et les objets dont il ne peut plus évoquer le nom (1). » On a encore accusé le tabac, mais sans preuves certaines, de jouer un rôle dans la production de la paralysie générale.

Les abus d'éther, de chloroforme, conduisent dans quelques cas à la folie. L'éther en particulier, détermine chez quelques névropathes une véritable dipsomanie.

L'emploi inconsidéré des solanées vireuses (atropine) ou l'empoisonnement accidentel par ces mêmes substances cause parfois des accès de folie violente, mais passagère, caractérisée par un délire généralisé avec excitation et des hallucinations très multipliées. La dilatation des pupilles peut dans ces cas mettre sur la voie du diagnostic.

(1) Rouillard, *Effets du tabac sur l'intelligence.* (*Encéphale,* 1886.)

CHAPITRE V

TRAITEMENT

§ 1er. — Prophylaxie

Le rôle du médecin ne se borne pas à soigner les affections mentales déclarées, il comporte aussi l'application des moyens susceptibles de les prévenir. Malheureusement la prophylaxie de la folie soulève tant de questions extra-médicales que le plus souvent le médecin n'est pas consulté ou que ses conseils demeurent lettre morte. D'un autre côté l'efficacité des moyens préventifs est singulièrement atténuée par l'existence de la prédisposition héréditaire et par l'impossibilité de soustraire complètement les sujets aux causes occasionnelles de la folie.

Cependant, quelque grave que soit la prédisposition héréditaire, elle n'est pas absolument fatale. On voit des individus qui, dès leur jeune âge, manifestent des signes non équivoques de déséquilibration mentale, et qui pourtant ne tombent jamais dans la folie confirmée, de même qu'on voit des arthritiques éprouver pendant tout le cours de leur existence des malaises et des troubles fonctionnels légers, sans avoir jamais la moindre attaque de goutte ou de rhumatisme. Tenter la prophylaxie de la folie, c'est donc, comme le fait avec raison remarquer Bucknill, entreprendre le traitement d'un véritable *état diathésique*, l'état d'un individu qui, sain d'esprit, est plus apte qu'un autre, par suite d'un vice constitutionnel, à contracter une maladie mentale (1). C'est à l'aide d'une hygiène physique et morale sagement dirigée qu'on peut espérer d'atteindre le but.

Un caractère excentrique est chez l'enfant l'indice de la prédisposition qu'il s'agit de combattre. Il se traduit par

(1) *Annales médic. psych.*, 1878, t. I.

deux manières d'être très différentes : une timidité excessive, un manque de confiance en soi, des scrupules exagérés, la crainte de toujours mal faire, une mysticité et des tendances hypocondriaques précoces; ou un tempérament audacieux et suffisant, ne reconnaissant aucune règle, dénué de sensibilité morale, esclave de ses penchants et de ses instincts. Ces sujets seront soumis à une surveillance spéciale et à une éducation dont tous les efforts devront tendre à combattre leurs dispositions morbides. Les causes d'émotions vives, toutes les excitations psychiques susceptibles d'avoir un retentissement prolongé devront leur être soigneusement évitées. A titre de dérivatif, on cherchera à développer chez eux les forces physiques par une existence active, les exercices du corps, le séjour à la campagne. Les fatigues cérébrales, le surmenage intellectuel leur seront rigoureusement épargnés.

Il est difficile de poser des règles générales qui puissent s'appliquer à tous les cas, chaque individualité morbide fournissant au point de vue prophylactique ses indications particulières. Le point essentiel est d'éviter, dans tous les cas, les dépenses nerveuses excessives, qu'il s'agisse de l'extrême sensibilité du craintif ou des instincts désordonnés de l'instable. A l'un convient une existence calme exempte de soucis et d'émotions vives; à l'autre il faut une discipline énergique qui le maintienne malgré lui dans une voie correcte et le protège contre ses passions violentes et désordonnées.

Il ne faut pas se dissimuler, cependant, que ces préceptes ne sont pas toujours faciles à mettre en pratique. L'existence sociale actuelle est un tourbillon où tous, esprits robustes ou chétifs, sont entraînés malgré eux et se heurtent aux mêmes écueils. Le surmenage intellectuel imposé à tous par un système d'instruction encyclopédique qui ne tient aucun compte des aptitudes particulières; l'anxiété morale que ramène périodiquement la nécessité de passer de nombreux examens; l'obligation où se trouve un nombre de plus en plus grand de femmes, de se livrer à des études pour lesquelles elles ne sont point faites; la fiévreuse activité psychique que doit développer tout individu qui n'a d'autres ressources que son travail; en un mot, cette lutte acharnée pour la vie qui est le propre

de la société moderne, et à laquelle il faut joindre la facilité sans cesse plus grande de se livrer à tous les excès : telles sont les causes de chute que rencontrent sur leur route les individus prédisposés.

Les époques critiques de la vie telles que l'évolution pubère, l'âge d'émancipation, le choix d'une carrière, le mariage, la ménopause exigent un redoublement de précautions dans le détail desquelles il est impossible d'entrer. Les abus sexuels et les abus alcooliques surtout sont les plus efficaces parmi les causes occasionnelles des troubles intellectuels. Chez les femmes, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement peuvent avoir sur le cerveau le retentissement le plus funeste, et il peut être nécessaire de conseiller soit le célibat, soit l'ajournement de l'époque du mariage, soit l'abstention partielle ou totale des devoirs qui en découlent. Les personnes fortement prédisposées devront, dit Marcé, remplir avec le moins de rigueur possible les fonctions de la maternité et le degré de la prédisposition devra régler à lui seul la latitude qui leur sera laissée à cet égard. Si on les marie, on se gardera de le faire d'une manière hâtive et l'on attendra que l'organisme ait atteint tout son développement ; si elles deviennent grosses, elles seront entourées pendant leur grossesse et au moment de l'accouchement, de précautions infinies, et on ne leur permettra d'allaiter que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. Enfin le médecin connaissant les inconvénients des grossesses trop fréquentes et des avortements répétés, ne craindra pas de formuler sur ce point des conseils dont l'importance ne saurait être méconnue (1).

Enfin, le seul moyen qui permette d'atténuer chez les descendants les conséquences de la folie héréditaire, consiste dans des unions bien assorties. Quand les parents sont affligés tous les deux de dispositions nerveuses analogues, l'hérédité se fait ordinairement sentir chez les enfants avec une grande puissance. Ces circonstances se présentent d'autant plus fréquemment que par une sorte d'instinct, de sympathie inconsciente, les prédisposés sont poussés

(1) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices;* Paris, 1858.

à s'unir entre eux. En cas de divergence absolue dans le tempérament, la tare psychopathique de l'un d'eux peut être neutralisée et ne pas se transmettre aux enfants. De même, selon que cette tare appartiendra au père ou à la mère, elle aura plus ou moins de chances de se perpétuer dans les descendants. De nombreux documents tendent en effet à démontrer que l'hérédité psychopathique de la mère est plus dangereuse que celle du père, et qu'elle se transmet d'une façon beaucoup plus constante, d'abord aux filles, ensuite aux garçons.

§ 2. — Traitement moral

Isolement. — Le séjour de l'aliéné dans le milieu où son affection a pris naissance fournit des aliments incessants à son délire, lui procure de nombreuses causes d'excitation et s'oppose à tout traitement méthodique. Le malade qui reste au sein de sa famille ne tarde pas en effet à se sentir incompris de ses proches ; les discussions incessantes, d'abord affectueuses puis de plus en plus aigres, que soulève ses conceptions délirantes excitent sa défiance et son ressentiment, et il finit par prendre ses parents en aversion. Les soucis de la vie privée, auxquels il n'est pas possible de le soustraire, accroissent ses inquiétudes et ses craintes ; inconscient de sa maladie, il repousse avec colère l'idée de toute intervention thérapeutique.

Aussi une des premières indications à remplir est-elle d'isoler le malade, de le soustraire, ainsi que le fait remarquer Esquirol, à ses habitudes, à sa manière de vivre ; de le conduire dans des lieux inconnus et de le confier à des soins étrangers.

Tous les aliénistes sont d'accord sur ce point, et ont, comme Morel, constaté des guérisons presque instantanées produites par le seul isolement dans une maison de santé. La vue d'objets et de visages nouveaux ; la surprise, l'émotion causées par un changement aussi brusque ; l'absence des préoccupations inhérentes au milieu familial, l'intervention d'une règle à laquelle le malade doit se soumettre alors que chez lui il se sentait maître absolu, des conditions hygiéniques plus favorables : tout dans l'isolement

de la maison de santé contribue à combattre ses conceptions délirantes et à l'aider à reprendre possession de soi-même.

C'est dans une maison spécialement consacrée aux affections mentales qu'il convient de placer l'aliéné. Esquirol déclare une maison consacrée au traitement des maladies mentales préférable à une maison particulière où, à grand frais, l'individu est isolé, les isolements partiels réussissant rarement. Le séjour au milieu d'autres malades est loin d'avoir l'influence fâcheuse que supposent les gens du monde. Saisis par l'engrenage, les aliénés subissent au contraire, sans s'en apercevoir, l'entraînement de la vie commune ; leur volonté se trouve annihilée, leurs actes disciplinés ; leur délire cessant d'être attisé par les contradictions et les obstacles qu'ils rencontraient dans la vie du dehors, se répand librement et s'use de lui-même. Les moins atteints quoique inconscients de leurs propres conceptions délirantes, se rendent très bien compte des aberrations de ceux qui les entourent et sont ainsi amenés à réfléchir sur leur propre état mental. « Le lypémaniaque le plus entêté, le plus défiant, dit encore Esquirol, se trouve à son insu forcé de vivre hors de lui emporté par le mouvement général, par l'exemple, par les impressions souvent bizarres qui frappent perpétuellement ses sens. Le maniaque lui-même, retenu par l'harmonie, l'ordre et la règle de la maison, se défend mieux contre ses impulsions et s'abandonne moins à ses actions excentriques. » La vue de ceux qui guérissent et qui quittent l'établissement les encourage et relève leur confiance. Pour les convalescents eux-mêmes, le contact des autres aliénés est sans le moindre inconvénient. Heureux de leur guérison prochaine, certains de rejoindre leur famille à bref délai, la vie de leurs compagnons d'infortune ne leur inspire que de la compassion, sentiment qui n'a rien de pénible.

L'isolement, dans les maladies mentales, n'est pas seulement indiqué ; il apparaît dans nombre de cas comme une nécessité absolue commandée par la sécurité du malade et celle de la société elle-même. Comment, ailleurs qu'à l'asile, protéger efficacement contre lui-même le malade qui a des impulsions au suicide, ou celui qui en proie au

délire des richesses, gaspille en quelques jours les ressources de toute une famille ? Comment empêcher le kleptomane, l'incendiaire, l'homicide, l'alcoolique invétéré de succomber à ses impulsions dangereuses ? Sans la séquestration forcée, comment prévenir les redoutables vengeances de ces persécutés haineux qui, à demi-lucides malgré l'intensité de leur délire et de leurs hallucinations, font si facilement illusion à ceux qui les approchent sur leur véritable état mental ? Le maniaque lui-même, moins dangereux que les précédents parce que sa maladie saute aux yeux des moins clairvoyants, ne saurait être efficacement soigné qu'à l'asile, car dans le milieu de la famille, où il ne peut d'ailleurs être maintenu que par un continuel usage des moyens de contrainte, tout concourt à l'irriter et à le pousser au paroxysme de la fureur. Ajoutons que le contact d'un aliéné avec des parents, des enfants sains d'esprit, mais prédisposés eux-mêmes, peut avoir des conséquences déplorables, soit immédiatement soit pour l'avenir.

Il est cependant quelques circonstances où la séquestration n'est pas indispensable : « C'est, dit Morel, lorsque l'on peut prévoir que la maladie sera de courte durée, ainsi que cela a lieu dans les formes primitives de l'aliénation héréditaire; c'est dans les complications de troubles intellectuels qui arrivent dans le cours ou dans la période de convalescence des maladies aiguës; c'est encore dans ces folies pour ainsi dire instantanées, subites, qui éclatent sous l'influence de certains états névropathiques. Je me garde de trop généraliser les exceptions car malheureusement on est plus porté à pécher par précaution en n'isolant pas assez promptement les aliénés. »

Dans quelques cas enfin, l'isolement peut être nuisible; c'est, selon Leuret, lorsque l'ennui, le désespoir, la nostalgie viennent compliquer l'affection mentale. Le médecin doit tenir compte de ces indications et ne pas persister dans un mode de traitement qui ne peut qu'aggraver la maladie.

Le plus souvent les familles reculent devant l'idée de la séquestration d'un de leurs membres. On hésite, on temporise, on perd un temps précieux en médications stériles, en consultations, en voyages, sans vouloir se persuader

que plus l'heure du traitement vraiment efficace, l'isolement, est reculée et plus les chances de guérison diminuent. Celles qui sont riches cherchent un moyen terme, comme l'isolement du malade dans une maison de campagne, mais cette sorte de petit asile improvisé ne donne pas tous les résultats désirables, car il y manque ce qui fait l'efficacité du séjour de l'Asile véritable, un ordre parfait, une discipline sévère, une surveillance éclairée. Aussi le rôle du médecin est-il de combattre énergiquement les scrupules et les résistances, quelque louables qu'elles puissent être et dans les cas urgents d'imposer son avis, dont dépend la guérison du malade.

Les effets de l'isolement ne seraient pas complets si le médecin n'exigeait de la famille qu'elle renonçât aux visites prématurées. Chacune de ces entrevues, en remuant profondément la sensibilité morale du malade, en ébranlant périodiquement son cerveau et ses nerfs fatigués, a pour effet de mettre à néant l'amélioration acquise. Selon Luys, le nombre des paralytiques généraux est grand, qui le soir du jour où ils ont reçu une visite, refusent leur nourriture, restent éveillés pendant la nuit, ont de l'agitation inconsciente, et sont quelquefois frappés inopinément d'attaques de congestion cérébrale (1).

C'est surtout dans la période de la convalescence, alors qu'il s'agit de combattre l'apathie morale et intellectuelle qui succède parfois à une longue agitation, que les visites peuvent être permises et sont même indiquées. A ce moment il convient de rendre l'isolement moins rigoureux, d'encourager les malades à prendre goût à l'existence commune, à renouer avec leurs affections, avec leurs habitudes, à se préoccuper de leurs affaires. Mais il importe de ne pas se hâter de les rendre à une complète liberté, comme les parents, les autorités, l'opinion sont portés à l'exiger. Une sortie prématurée risque d'être suivie d'une prompte rechute dont les conséquences seront peut-être fatales.

Chez les aliénés chroniques, l'isolement n'est plus une mesure curative, mais une simple mesure de précaution et d'hygiène. Il n'a plus aucune action modératrice sur le

(1) Luys, *Traité des maladies mentales*; Paris, 1881.

développement des conceptions délirantes ; il serait plutôt de nature à les favoriser, si, comme le prétend Lasègue, l'uniformité de l'existence, la régularité monotone de tous les actes se prêtent merveilleusement au libre jeu des imaginations déréglées (1).

Direction morale. — Ce qu'on appelle le traitement moral de la folie se compose, non seulement de toutes les influences qu'exercent sur le malade les nouvelles conditions dans lesquelles il est placé, mais encore de l'action directe du médecin sur sa sensibilité et son intelligence.

Dans ses rapports avec l'aliéné, le médecin doit faire preuve de patience, de douceur, de bienveillance, et en même temps de justice et de fermeté. Avec un peu de tact et la mise en œuvre de ces qualités, il acquiert sur les malades les plus troublés, les moins lucides, l'ascendant nécessaire pour les maintenir dans la soumission et l'obéissance. Il écoute avec attention le récit de leurs conceptions délirantes sans jamais leur laisser supposer qu'il y ajoute foi, mais aussi sans jamais les discuter ou chercher à les combattre par les armes du raisonnement et de la logique. Outre que, dans cette lutte de dialectique, il peut avoir le dessous, ainsi que le fait remarquer Lasègue, car la discussion n'a pas de point d'appui et n'est qu'un ingénieux tournoi ou de guerre lasse le médecin se voit obligé de quitter la partie, elle irrite le malade, l'indispose et lui enlève toute confiance.

Si le malade conserve encore assez de lucidité pour comprendre, il importe, après l'avoir écouté jusqu'au bout, de lui faire connaître avec des formes convenables que ses idées ne sont pas celles d'une personne saine d'esprit et qu'on le considère comme ne jouissant plus de sa raison, exprimer l'espoir de le voir renoncer plus tard à ses conceptions délirantes, et lui indiquer avec fermeté par quels moyens on compte obtenir ce résultat. Certains malades acceptent la situation sans trop de peine ; d'autres résistent. Pour obtenir de la docilité, pour les faire consentir à se soigner, on peut, selon le conseil de Marcé, recourir à des moyens détournés, mettre en jeu leur

(1) Lasègue, *Annales*, 1847.

amour-propre, faire appel à leurs sentiments affectifs, à leur désir de liberté, chercher en un mot leur côté faible, et faire vibrer les cordes qu'on trouve encore sensibles. Avec les aliénés intraitables, le médecin pourra feindre l'indifférence ou le dédain, et cette attitude affectée les amènera dans quelques cas à se montrer plus souples et plus sensibles aux avances qu'on leur fera plus tard.

On ne doit jamais négliger l'emploi du traitement moral chez certains aliénés sous prétexte que leur intelligence est trop obscurcie et n'est pas en état d'en tirer profit. Chez les stupides en particulier, les apparences peuvent être trompeuses. Des exemples certains montrent qu'ils sont sensibles aux procédés de douceur, à la compassion, aux encouragements de toutes sortes. « A mon entrée, d'abord, me disait une malade guérie de stupeur mélancolique, ma première impression fut celle de la surprise et de l'étonnement; mes idées revinrent ; je commençai à réfléchir, j'étais déjà mieux. Mais ma très grande timidité reprit le dessus quand je me vis perdue au milieu des autres et que je ne me sentis plus soutenue par des exhortations spéciales; mes craintes vagues reprirent leur empire sur mon esprit, et ce ne fut qu'au bout d'un mois que je pus recueillir de nouveau les bienfaits de mon séjour à l'asile et de l'éloignement des causes qui avaient déterminé ma maladie (1). »

Intimidation. — Rien n'est plus propre, avons-nous dit, à enraciner les conceptions délirantes des aliénés que de chercher à leur en démontrer la fausseté : il suffit d'un peu de pratique pour s'en convaincre. Aussi Leuret, persuadé de l'excellence de la méthode psychologique et voyant l'inutilité du raisonnement, eut recours à l'intimidation. Son procédé consistait à conduire le malade sous la douche et à le mettre à une véritable question jusqu'à ce qu'il ait reconnu l'inanité de ses conceptions délirantes. Malgré les succès publiés par l'auteur et la vogue qu'eut un moment la méthode, elle est aujourd'hui complètement abandonnée et avec juste raison. L'intimidation n'a d'autre effet que de contraindre le malade à la dissimulation et à

(1) A. Cullerre, *De la Lypémanie stupide* (*Annales*, 1874.)

lui inspirer un ressentiment tenace. Il existe encore dans les asiles de vieux aliénés qui ne prononcent qu'avec colère le nom du médecin qui, il y a trente ans, leur a appliqué ce mode de traitement.

Travail. — Le travail bien organisé est, dans un asile, un des plus puissants agents du traitement moral. Il n'est applicable qu'aux convalescents et aux malades entrés définitivement dans la période chronique. Aux premiers, il procure une distraction saine, une diversion utile, un dérivatif à leurs idées maladives encore présentes; chez les seconds, il contribue à apporter le calme et à endiguer l'exubérance des manifestations pathologiques. C'est un élément d'ordre et de discipline dont aucun asile bien tenu ne saurait se passer.

Le travail manuel en plein air est le plus favorable à tous les points de vue. En même temps qu'il entretient dans l'économie une répartition plus équitable des forces nerveuses, il aide puissamment aux fonctions organiques, active la nutrition et procure le sommeil. Le travail agricole et le travail des ateliers est organisé dans la plupart des asiles. Ce dernier convient surtout aux femmes et aux ouvriers des villes. Quant au travail intellectuel, le seul qui soit dans les habitudes des aliénés riches et instruits, il n'a pas les mêmes avantages et ne donne pas les mêmes résultats; cependant il doit être encouragé, surtout chez les chroniques : stérile chez les uns, il sert en quelque sorte d'exutoire à leur activité délirante ; utile chez d'autres, il discipline leur existence et détourne leur esprit de ses tendances morbides.

Voyages. — Esquirol dit avoir constamment observé que les aliénés sont guéris par un long voyage, surtout s'ils ont visité des pays éloignés dont le site et l'aspect ont pu saisir leur imagination, et s'ils ont éprouvé les difficultés, les tracasseries, les contre-temps et les fatigues ordinaires aux voyageurs. Les voyages, selon le même auteur, agissent encore en excitant toutes les fonctions assimilatrices; ils provoquent le sommeil, l'appétit et les sécrétions. Les convalescents qui craignent de rentrer dans le monde et qui redoutent d'avoir à parler de leur

maladie, sont moins inquiets après un voyage qui est le sujet de leur conversation avec leurs parents et leurs amis.

Cependant les voyages, par les frais énormes qu'ils entraînent, ne sont à la portée que d'un petit nombre de privilégiés. C'est surtout dans la période d'incubation de certains délires mélancoliques et hypocondriaques, et dans la convalescence des autres affections mentales qu'ils peuvent rendre quelques services.

Les voyages ne doivent pas être conseillés aux hallucinés et aux délirants par persécution. S'il arrive que dans les premiers jours d'un voyage un malade atteint d'hallucinations voie s'atténuer et même disparaître les symptômes de sa maladie, cette trêve n'est jamais que momentanée et elle ne tarde pas à reprendre son cours. On voit des persécutés s'expatrier pour fuir des ennemis imaginaires, mais ne pas tarder à revenir à leur point de départ, toujours poursuivis par leurs hallucinations pénibles.

Chez les malades en état de mélancolie aiguë ou qui ont des idées de suicide ; chez les agités, les maniaques, les voyages sont ou dangereux ou impraticables.

Distractions. — Il est difficile de poser des règles générales au sujet de l'opportunité des diverses distractions chez les aliénés. Alors que les chroniques à délire expansif et les déments se livrent volontiers à tous les jeux et sont susceptibles de prendre part à quelques amusements mondains, ces mêmes plaisirs ne font que redoubler l'agitation des maniaques ou accroître l'anxiété des mélancoliques.

Quoi qu'il en soit, les distractions quand elles sont appropriées à l'état des malades, font légitimement partie de cet ensemble de moyens hygiéniques qui constituent le traitement moral. Si comme le fait remarquer Esquirol, la musique n'a jamais guéri un aliéné, elle apporte quelque allégement à ses préoccupations délirantes et par conséquent le soulage. Quant aux pièces de théâtre, elles ne rencontrent guère que des contre-indications. Les délirants partiels s'appliquent en général toutes les allusions contenues dans les pièces qu'ils voient représenter ; ils se croient honnis, bafoués, méprisés et leur délire ne fait

que s'accroître (Morel). Dans les asiles où on a essayé de ces moyens de distractions, on a pu observer qu'il y a peu de représentations qui ne soient signalées par quelque explosion violente de délire ou par quelque rechute (Esquirol).

§ 3. — Traitement hydrothérapique

Bains. — Les divers modes de balnéation sont largement employés dans le traitement de la folie, soit comme simple mesure hygiénique destinée à entretenir la peau dans un bon état de fonctionnement, soit comme moyen thérapeutique. A ce titre, les bains tièdes et prolongés sont des plus efficaces dans les folies avec excitation ; leur action n'entraîne aucun affaiblissement, aucune spoliation de l'organisme comme peuvent le faire les médications pharmaceutiques employées dans le même but. Nous indiquerons à propos de chaque forme mentale les pratiques balnéaires qu'elle comporte, la durée du bain et la température qui convient dans chaque cas.

Les bains médicamenteux, toniques et excitants sont aussi largement employés dans les formes dépressives, et donnent les résultats les plus favorables.

Douches. — Les pratiques hydrothérapiques proprement dites, dont on a beaucoup abusé à l'époque où le traitement psychologique comptait de nombreux partisans, sont aujourd'hui appliquées avec beaucoup plus de discrétion. La douche de Leuret, dont il existe encore des spécimens dans quelques asiles, consistait en une colonne d'eau de dimensions variables tombant d'une certaine hauteur sur la tête. On comprend quelles violentes et dangereuses perturbations nerveuses et circulatoires pouvait déterminer un agent aussi brutal : aussi est-il à bon droit rejeté du traitement rationnel de la folie.

Le drap mouillé, les douches en pluie, en éventail et en jet sont les seules employées, et presque exclusivement dans les folies dépressives ou accompagnées de phénomènes névropathiques. Ces moyens sont absolument contre-indiqués dans tous les cas où existe de l'excitation ou des tendances congestives. A cet égard, une erreur de

diagnostic peut être grandement préjudiciable au malade, et il n'est pas un aliéniste qui n'ait vu en quelque sorte éclore sous la douche certaines paralysies générales larvées et prises tout d'abord pour des stupeurs mélancoliques.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'action de la douche en pluie sur la tête détermine une anémie momentanée bientôt suivie d'une réaction en sens contraire, réaction qui peut être fatale à un cerveau menacé d'accidents congestifs ou inflammatoires.

§ 4. — Médications pharmaceutiques

De nombreux agents médicamenteux sont employés dans le traitement de la folie. Nous les passerons rapidement en revue, nous réservant de donner les développements nécessaires à propos de chaque forme particulière d'aliénation mentale.

Purgatifs. — Les purgatifs sont fréquemment indiqués dans la folie, qu'il s'agisse soit de combattre la constipation habituelle dans beaucoup d'états psychopathiques, soit de modifier l'état saburral des voies digestives, soit d'obtenir une dérivation sur le tube intestinal. Quand les malades sont dociles, ils acceptent les médicaments purgatifs habituels, sels, huiles, résines, qui sont variés suivant l'effet que l'on désire obtenir ; lorsqu'ils font des difficultés, on emploie les substances insipides, la scammonée, le jalap, le calomel, l'huile de croton, qui peuvent être mêlées aux substances ou aux liquides alimentaires.

Les lavements simples ou composés rendent également de nombreux services dans les cas de constipation persistante, ou lorsqu'il s'agit de provoquer une rapide révulsion sur le gros intestin.

Les vomitifs sont d'un emploi moins avantageux. Ils manquent d'ailleurs souvent leur effet, et chez nombre d'aliénés ne provoquent que des selles plus ou moins nombreuses. L'émétique en lavage ou à doses répétées a cependant été fréquemment employé à titre de médication hyposthénisante dans la manie et la période de début de la paralysie générale.

Emissions sanguines. — Dans toutes les formes de l'aliénation mentale, si nous en croyons des recherches récentes, il existerait un certain degré d'anémie. Il en résulterait que les émissions sanguines générales ne sont jamais indiquées dans le traitement de la folie. Elles ne sont d'ailleurs jamais employées à notre époque. Marcé déclare qu'habituellement la saignée exalte le maniaque et déprime le mélancolique, et sans l'avoir jamais vérifiée, on peut, en vertu de nos connaissances physiologiques, tenir l'assertion pour exacte. Quant aux saignées locales, employées avec discrétion, elles peuvent rendre des services dans les manies congestives et la paralysie générale. « Chez les mélancoliques qui ont la peau congestionnée, dit Marcé, les lèvres livides et la respiration anxieuse, des ventouses scarifiées ou des sangsues placées à la nuque, aux apophyses mastoïdes ou au siège, amènent une détente très notable : chez les hémorroïdaires qui ont cessé de perdre du sang, chez les femmes dont la menstruation est supprimée ou qui se trouvent à l'âge de retour, rien n'est utile comme ces hémorragies supplémentaires, que l'on détermine artificiellement chaque mois en plaçant pendant deux ou trois jours des sangsues en petit nombre et d'une manière successive au pourtour de l'anus ou à la partie supérieure des cuisses. »

Révulsifs. — L'action révulsive produite dans quelques cas de folie par des suppurations accidentelles, des abcès, des anthrax nous apprend à ne pas négliger la révulsion artificielle. Les vésicatoires, le séton, le cautère, le moxa, les frictions stibiées appliquées au cou ou sur la tête sont indiqués dans les délires qui tendent à passer à la chronicité, dans quelques cas de folie intermittente et principalement dans la paralysie générale. C'est surtout dans cette dernière affection qu'on est autorisé à attendre de cette médication quelques effets favorables et certains médecins en font le plus grand cas.

Sédatifs. — L'action énergique des médicaments sédatifs et les dangers que leur administration intempestive font courir aux malades doivent rendre le médecin très circonspect dans leur emploi, mais s'il possède l'expérience et

le tact nécessaires, il peut en retirer les effets les plus héroïques.

Parmi ces médicaments, les opiacés tiennent le premier rang par leur importance. On peut leur demander soit de simples effets palliatifs, soit des effets positivement curatifs, suivant les circonstances.

Administrés à faibles doses, l'extrait d'opium, la morphine, le laudanum ont un effet tonique sur le système nerveux, calment l'insomnie, diminuent l'éréthisme général et apaisent les désordres névropathiques qui accompagnent certains délires. On peut dire que l'opium est au cerveau dans certaines formes maniaques et mélancoliques ce que la digitale est au cœur dans les affections mitrales: un tonique et un régulateur.

Données à doses progressives, les mêmes substances médicamenteuses lorsqu'elles sont bien supportées, guérissent la manie et la mélancolie. Guislain (1), Michéa (2), Marcé (3), Voisin (4), Belle et Lemoine (5), en ont fourni des preuves irrécusables; ma propre expérience est d'accord avec celle de ces praticiens.

Voici comment, dans un de mes rapports annuels, j'ai exposé les résultats de ma pratique:

« La folie aiguë, manie et mélancolie, suit dans son évolution une marche qu'il est parfaitement inutile de vouloir enrayer. Pendant des mois, il n'y a donc pas lieu de rechercher la cure directe de la maladie, et notre intervention thérapeutique se borne à combattre les accidents intercurrents, et à protéger et soutenir l'état général. Mais alors qu'on pense que la maladie a à peu près accompli son cycle fatal, il n'est pas rare de la voir s'arrêter dans sa marche et sembler vouloir s'établir à l'état chronique. C'est alors qu'une intervention thérapeutique énergique nous donne souvent les résultats les plus favo-

(1) Guislain, *Leçon sur les phrénopathies.*

(2) Michéa, *Recherches expérimentales sur l'emploi comparé des principaux agents de la médication stupéfiante dans le traitement de l'aliénation mentale;* Paris, 1857.

(3) Marcé, *Traité des maladies mentales.*

(4) A. Voisin, *Leçons cliniques sur les maladies mentales;* Paris, 1883.

(5) Belle et Lemoine, *Annales médico-psychologiques,* 1888.

rables. Contre l'excitation maniaque qui se prolonge, l'extrait d'opium à la dose de 20 à 50 centigrammes produit parfois des effets surprenants. Contre la mélancolie qui menace de dégénérer en stupeur chronique, le chlorhydrate de morphine sous forme d'injections hypodermiques qu'il faut parfois pousser jusqu'à 15 et 20 centigrammes, ressuscite souvent des intelligences qui semblaient vouloir s'éteindre. Il est curieux de voir des états aussi opposés que l'agitation et la stupeur céder sous l'influence d'une médication qui semble se confondre, et qui pourtant doit rester complètement distincte : on ne peut, en effet, renverser les termes du problème, et donner avec avantage, croyons-nous, dans la stupeur l'opium et dans l'agitation la morphine. Dans la dépression mélancolique, la morphine nous semble agir surtout en combattant la sthénie vasculaire de l'encéphale qui s'oppose à la nutrition de l'organe. L'opium, dans l'agitation maniaque, agit plutôt sur l'élément nerveux lui-même dont il calme progressivement l'éréthisme. »

La médication opiacée est contre-indiquée toutes les fois qu'il existe des tendances à la congestion cérébrale, des céphalalgies, ou des lésions des vaisseaux de l'encéphale, comme l'athérome. Chez les paralytiques, elle est particulièrement dangereuse en provoquant artificiellement des congestions susceptibles de précipiter la marche de la maladie. Il est aussi un certain nombre de malades atteints de folie simple qui ne peuvent la supporter, même à faibles doses : chez ceux-là aussitôt qu'on a constaté l'intolérance, il faut s'abstenir et recourir à une autre médication.

D'autres médicaments stupéfiants tels que la belladone, le datura stramonium, la jusquiame et leurs alcaloïdes ont été prescrits dans la folie, mais ne semblent pas avoir donné des résultats bien encourageants.

La digitale, par son action spéciale sur le cœur et la circulation peut aider à calmer l'excitation maniaque, mais ses effets sont incertains.

Parmi les médicaments sédatifs, le bromure de potassium tient encore une place honorable, mais il répond à des indications spéciales. Inutile dans la manie simple,

dangereux dans la mélancolie qu'il aggrave, il donne à hautes doses, d'excellents résultats dans la manie épileptique et à faibles doses, il procure du repos aux chroniques hallucinés et aux déments. Il peut rendre aussi quelques services dans la période aigue de la paralysie générale.

Comme sédatifs répondant à certaines indications symptomatiques, il faut citer en première ligne l'hydrate de chloral dont l'action hypnotique est très constante ; à ce titre il rend de grands services dans la plupart des formes de folie avec agitation, mais c'est un médicament dangereux dont l'emploi ne peut se prolonger au-delà de quelques jours sans exposer à des accidents très graves, l'affaiblissement progressif du cœur et un collapsus pouvant entraîner la mort.

Quelques médicaments hypnotiques nouveaux, dont l'action semble analogue à celle du précédent, ont été préconisés dans ces derniers temps. Ce sont: l'hypnone (Dujardin-Beaumetz) dont les effets, au dire des expérimentateurs, seraient souvent utiles chez les alcooliques et les aliénés ; la paraldéhyde (Kéraval) ; le méthylal ; l'uréthane, employée avec un succès assez constant contre l'insomnie dans toutes les formes de la folie (Kræpelin, A. Adam) ; le sulfonal. Ce dernier encore peu connu, prôné par les Allemands, a été étudié par Garnier qui lui attribue, dans l'immense majorité des cas à doses massives de 4 à 5 grammes, une action somnifère remarquable et supérieure à celle des produits précédents (1).

Toniques. — Enfin la médication tonique et reconstituante rencontre de nombreuses indications dans les diverses formes de la folie. Les préparations de fer, de quinquina, les phosphates calciques rendent les plus grands services au déclin des formes aiguës de la folie. L'arsenic est souvent utile dans la paralysie générale. Les soins généreux unis à une alimentation substantielle donnent dans nombre de cas d'excellents résultats, ramènent l'embonpoint, et préparent ainsi la guérison du trouble mental, qui ne diminue en général qu'au fur et à mesure que l'amélioration physique fait des progrès.

(1) Garnier, *Progrès médical*, octobre 1888.

Les aliénés, en général, réclament une alimentation substantielle et reconstituante, soit pour obvier aux déperditions causées par l'agitation, soit pour combattre les effets de la dépression générale du système nerveux qui survient par le fait même de la prolongation de la maladie, et les troubles nutritifs qui en résultent. C'est une erreur de croire, comme on l'a longtemps prétendu et comme le supposent encore quelques administrateurs, qu'il suffit de leur donner un régime analogue à celui dont ils vivaient dans leur intérieur avant leur maladie. L'alimentation des aliénés indigents basée sur ce principe, a donné dans les premiers temps de l'organisation des asiles, des résultats désastreux. Non seulement les maladies causées par la misère physiologique, scorbut, pseudo-pellagre, entérite chronique, y causaient une mortalité énorme, mais encore le nombre des guérisons y était moins élevé qu'aujourd'hui.

Thurnam a fait ressortir par des documents statistiques l'influence d'un régime trop peu nutritif sur la longévité des aliénés. Etudiant les habitudes diététiques d'un certain nombre d'établissements, il a montré que là où les malades étaient convenablement nourris, la mortalité était de 9,35 %, et que dans les établissements où le régime laissait a désirer, elle s'élevait à 14,54 %. Il a constaté en outre que dans les premiers, on obtenait 48,70 guérisons sur cent malades, tandis que dans les autres la proportion n'était que de 37,75. Conolly est arrivé à des résultats analogues ; à l'asile de Hanwerll, la quantité de nourriture ayant été augmentée, les sorties qui n'étaient auparavant que de 22 s'élevèrent à 28, tandis que la mortalité descendait de 11,69 à 8,56 %.

Le régime alimentaire des aliénés doit donc être suffisamment réparateur ; la viande doit en être la base, et il convient d'y joindre, dans une proportion convenable, une boisson alcoolique.

§ 5. — Alimentation forcée

La *sitiophobie* ou *refus d'aliments* est un phénomène fréquent dans l'aliénation mentale et dont la signification varie suivant les cas. On l'observe principalement dans

la mélancolie, mais on la rencontre aussi dans les autres formes de la folie, la manie, la démence, la folie épileptique, la paralysie générale, le délire aigu.

Dans les cas les plus nombreux, la sitiophobie se manifeste sous l'influence d'hallucinations ou de conceptions délirantes. Les malades trouvent un goût de poison aux aliments qu'on leur présente, croient y voir mêlées des substances répugnantes, les aperçoivent transformés et autrement qu'ils ne sont en réalité. D'autres s'abstiennent de manger pour accomplir un vœu, pour obtenir leur salut, parce qu'ils se croient ruinés et dans l'impossibilité de rémunérer les soins qu'on leur donne ; d'autres parce qu'ils ont l'idée du suicide et que l'inanition leur paraît le seul moyen dont ils disposent pour y arriver ; d'autres parce qu'ils sont persuadés que leurs voies digestives sont obstruées, bouchées, que leurs intestins, leur estomac n'existent plus ; ou enfin qu'ils sont morts et n'ont plus besoin de nourriture.

Dans d'autres cas, la sitiophobie provient d'une répulsion instinctive, insurmontable pour la nourriture, répulsion d'origine périphérique : *a*) liée à l'anorexie, à un embarras gastrique, à un état fébrile, comme dans les formes aiguës, maniaques ou mélancoliques, le délire aigü; *b*) ou d'origine cérébrale, centrale, avec intégrité des voies digestives comme chez certains aliénés, jeûneurs périodiques, en général déments ou épileptiques.

Une vieille maniaque de mon service a tous les mois un violent accès d'agitation précédé d'un jeûne rigoureux de cinq ou six jours dont elle n'a jamais pu dire le motif. Plusieurs de nos épileptiques subissent également, consécutivement à chacune de leurs séries d'attaques, un jeûne de plusieurs jours que leur hébétude intellectuelle ne permet de rattacher à aucune idée délirante.

La marche de ce symptôme varie naturellement suivant les conditions où il se produit, et n'exige pas des mesures thérapeutiques uniformes. Les jeûneurs périodiques, par exemple, peuvent être sans inconvénient abandonnés à eux-mêmes, puisque le terme de la crise est pour ainsi dire connu d'avance. Dans l'aliénation aiguë avec sitiophobie, il est nécessaire d'abord de chercher à modifier l'état des voies digestives par des moyens appropriés,

vomitifs ou purgatifs, boissons laxatives. Ce n'est que dans les cas dégagés de toute complication, où le refus de nourriture est nettement sous la dépendance d'idées délirantes systématisées, qu'il convient de songer à l'alimentation artificielle.

Encore ne devra-t-on jamais se presser d'en arriver à cette extrémité. Le médecin, selon les judicieux conseils de Marcé, devra d'abord essayer du traitement moral, user de toute son influence, employer tous les moyens de persuasion, les promesses, et même au besoin l'intimidation. Plus d'un mélancolique cédera devant la menace, ou l'étalage des procédés opératoires, ou l'emploi de la camisole.

Devant certains malades robustes, dont les forces et l'embonpoint sont conservés, on peut patienter longtemps, surtout s'ils prennent des boissons ou simplement de l'eau. Si l'on a soin de laisser à leur portée des aliments ils se décident souvent d'eux-mêmes à les prendre.

Chez les mélancoliques affaiblis, qui s'abstiennent d'aliments d'une façon absolue ou qui mangent insuffisamment ou d'une manière irrégulière, il importe de ne pas attendre que le dépérissement soit devenu trop considérable, car le malade est en danger de mort, et une terminaison brusque peut survenir, soit par gangrène pulmonaire, soit par gastro-entérite, soit par délire aigu. D'après Siemens (1), la présence d'acétone dans les secrétions du malade serait un signe qui indique que la ration qu'il absorbe est insuffisante, et que l'organisme y supplée par ses propres tissus. Par contre tant qu'il n'y a pas d'acétone dans les sécrétions, on serait fondé à croire que la ration qu'il prend, quelque faible qu'elle soit, suffit aux besoins de l'organisme.

Lorsqu'on a décidé d'en venir à l'alimentation artificielle, on choisit un des nombreux moyens préconisés dans ce but. Le meilleur de tous est assurément l'emploi de la sonde œsophagienne introduite par les fosses nasales.

Le *cathétérisme œsophagien* par les fosses nasales se fait à l'aide d'une sonde flexible, demi-molle, et autant que

(1) Siemens. *Annales méd. psych.*, 1886.

possible munie d'un seul œil, pour ne pas diminuer la résistance de son extrémité antérieure.

Le malade étant couché, la tête un peu soulevée par des oreillers ou mieux fixé sur un fauteuil solide et la tête maintenue par un aide, l'opérateur saisit la sonde préalablement enduite d'un corps gras entre le pouce et l'index de la main droite, à la façon d'une plume à écrire, l'introduit dans l'orifice nasal externe, puis la dirige horizontalement d'avant en arrière, sur le plancher des fosses nasales jusqu'à la paroi postérieure du pharynx.

Il s'agit de pousser ensuite la sonde dans l'œsophage et c'est ici que commencent les difficultés. Certains malades opposent une résistance énergique à la progression de l'instrument et appliquant la base de la langue contre la paroi pharyngienne, obligent la sonde à ressortir par la bouche ou à passer dans le larynx. Ce n'est qu'à l'aide de patience, de douceur et d'adresse qu'on arrive à vaincre ces obstacles, et à éviter au malade les dangers d'une fausse route. Par de légers mouvements imprimés à la sonde suivant son axe, on modifie la courbure du bec de l'instrument, et on donne une direction plus favorable à son passage ; par d'autres mouvements opérés doucement de haut en bas et de bas en haut, on arrive à franchir l'ouverture supérieure de l'œsophage, et dès lors la sonde suit facilement ce canal sous l'influence d'une pression douce et légère. Si ces manœuvres ne réussissent pas à vaincre l'obstacle, on maintient la sonde appuyée sur la base de la langue et on attend que le malade fasse un mouvement de déglutition, et avale, pour ainsi dire de lui-même, l'instrument. Si ce mouvement de déglutition, par suite de l'attention qu'il apporte à maintenir ses organes immobiles, ne se produit pas spontanément, on peut le provoquer sûrement en injectant dans le pharynx un liquide irritant par la narine restée libre. Le patient surpris exécute involontairement le mouvement désiré et la sonde poussée au même instant est aspirée en même temps que le liquide (Sizaret).

Avant de procéder à l'injection des aliments, on s'assure que la sonde est bien dans l'estomac ; lorsqu'elle a pénétré dans le larynx, en effet, on est souvent prévenu par de violentes nausées, du cornage, l'impossibilité d'articuler

un mot, une grande anxiété et des signes d'asphyxie, mais il peut arriver que le patient soit anesthésique, et que la présence de la sonde dans la glotte ne produise pas une gêne notable de la respiration.

Plusieurs moyens ont été proposés pour s'assurer qu'il n'y a pas fausse route. Régis (1), propose l'emploi d'une sonde d'épreuve. Cette sonde en caoutchouc porte au niveau de son tiers inférieur une ampoule qui fait corps avec elle et qui à l'état de vacuité ne fait aucune saillie notable. A cette ampoule est adapté un mince tuyau logé dans l'épaisseur même des parois de la sonde et dont l'extrémité supérieure vient ouvrir en dehors et au-dessus du pavillon. La sonde introduite à l'aide d'un mandrin en baleine, on dilate l'ampoule en y injectant de l'air. Si c'est l'œsophage où elle se trouve placée, il ne se produit rien d'anormal ; si c'est la trachée, l'asphyxie est immédiate ; il faut retirer la sonde et recommencer le cathétérisme œsophagien.

Descourtis (2) propose une épreuve plus simple. Elle consiste à insuffler de l'air dans la sonde. Si la sonde est dans l'estomac, on a la sensation très nette d'un ballon de caoutchouc qui se détendrait progressivement. Dès qu'on cesse d'insuffler de l'air et qu'on abandonne le pavillon de la sonde, tout l'air contenu dans l'estomac est expulsé au dehors. Ces moyens sont dans la plupart des cas inutiles et à certains signes, on reconnaît facilement qu'on est bien dans la bonne voie. Alors que dans l'œsophage la sonde glisse sur une surface lisse et qu'elle peut être sans obstacle poussée jusqu'au bout quelle que soit sa longueur, dans la trachée elle descend d'une façon saccadée, se butant à chaque anneau cartilagineux, et ne tarde pas à être arrêtée par l'étroitesse du calibre des bronches (Régis). Les gaz qui s'échappent de l'estomac par la sonde éclatent avec un bruit analogue au gargouillement intestinal et ont une odeur spéciale. Si la sonde est dans la trachée, c'est au contraire un véritable courant aérien qui traverse l'instrument et si on en bouche l'orifice on détermine une suffocation immédiate.

(1) Régis, *Annales*, 1881.
(2) Descourtis, *Encéphale*, 1888.

Lorsqu'on est certain d'avoir pénétré dans l'estomac, on adapte au pavillon de la sonde un entonnoir, le bec d'une seringue ou le tube d'un irrigateur, et on procède à l'injection du liquide alimentaire. Cette injection doit être faite lentement, avec précaution, de façon à ne pas provoquer une distension brusque de l'estomac et des vomissements dont la matière peut pénétrer dans la trachée et les poumons, et déterminer soit l'asphyxie immédiate, soit une pneumonie mortelle.

Les aliments employés en pareil cas consistent en bouillon, lait, additionnés d'œufs battus, potages légers, chocolat, vin généreux, suc de viande, peptone, etc. La quantité et la qualité des aliments donnés à chaque malade variera suivant la nature de l'aliénation mentale. Certains aliénés tels que les maniaques ont besoin de manger beaucoup, pour fournir à l'énorme dépense organique que leur occasionne leur agitation désordonnée; d'autres, les mélancoliques par exemple, qui sont inertes et sans activité musculaire, n'exigent pas une alimentation aussi copieuse. Toutefois, en pareille matière, il est difficile de poser des règles générales; c'est au médecin à trancher, suivant les indications et son expérience personnelle, les questions que soulève l'alimentation forcée.

On peut profiter de la présence de la sonde dans l'estomac pour y faire pénétrer les substances médicamenteuses appropriées à l'état du malade. Ce sont en général des toniques, des ferrugineux, des analeptiques.

Certains praticiens recommandent de laisser la sonde œsophagienne à demeure chez les malades qui doivent être longtemps nourris par ce moyen et qui opposent une vive résistance à l'introduction de l'instrument. Dans ce cas on la fixe au front ou aux oreilles par un ruban (1). Nous ne croyons pas cependant que cette pratique soit recommandable ; outre que chez les agités elle est impossible, elle peut occasionner les plus graves désordres par le contact prolongé de la sonde avec l'œsophage et les parties voisines.

Une fois qu'on a commencé l'alimentation forcée, il faut la continuer d'une façon régulière et méthodique

(1) Delasiauve, *Annales*, 1874.

jusqu'à ce que le malade se décide à prendre spontanément de la nourriture. Dans certains cas une persévérance à toute épreuve est nécessaire car certains malades refusent pendant des semaines, voire des mois, de se nourrir eux-mêmes. Etant interne j'ai alimenté pendant sept mois consécutifs, en pratiquant le cathétérisme œsophagien deux fois par jour, un mélancolique qui s'abstenait de manger par crainte du poison, et qui le huitième mois se décida enfin à se passer de mon intervention bi-quotidienne. Il existe dans la science des exemples de jeûnes encore plus prolongés.

Avant d'obliger les aliénés à prendre de la nourriture malgré eux, il faut examiner attentivement leur état physique et voir s'il n'existe pas quelque complication organique qui justifie le refus d'aliments. De nombreux mélancoliques et hypocondriaques, ou même des maniaques agités repoussent la nourriture parce qu'ils ont de l'embarras gastrique et de l'anorexie. Chez les jeûneurs de cette catégorie, on aura avantage, lorsque la chose sera possible, à essayer les lavages de l'estomac à l'aide de la pompe stomacale. Régis (1) dit avoir retiré les meilleurs résultats de cette pratique.

De nombreux procédés autres que la sonde œsophagienne pure et simple ont été proposés pour l'alimentation forcée des aliénés. Chaque médecin vante sa manière de faire, son appareil favori, ou l'instrument de son invention. Il faut savoir varier le mode opératoire suivant les circonstances.

Baillarger se servait d'une sonde à double mandrin, l'un métallique, recourbé, l'autre élastique, en baleine. La sonde munie des deux mandrins était introduite dans le pharynx; là on retirait le mandrin métallique, la sonde se redressait grâce au mandrin élastique, et pénétrait facilement dans l'œsophage.

Dans le cas où la sonde ne peut être introduite par les fosses nasales, on peut essayer de l'introduire par la bouche. A cette fin, A. Voisin (2), emploie le spéculum laryngien de Labordette. Le malade étant maintenu par

(1) Régis, *Annales*, 1881.
(2) Voisin, *Annales*, 1874.

des aides, on essaie d'abord de lui ouvrir la bouche soit en lui abaissant le menton, soit en faisant pénétrer entre les dents un levier en buis; puis saisissant à pleine main l'instrument, l'opérateur l'introduit jusqu'à la base de la langue et serre ensuite avec force les branches du spéculum de façon à écarter ses valves. Lorsqu'on rencontre une trop grande résistance, on peut tenter de surprendre le malade, par exemple en essayant le cathétérisme nasal; il arrive un moment où il ouvre machinalement la bouche et où on peut introduire le spéculum. Celui-ci étant bien introduit et solidement maintenu, le cathétérisme œsophagien s'effectue avec la plus grande facilité. Appuyé sur la valve inférieure, le bec de la sonde ne risque point de s'incurver et de pénétrer dans les voies aériennes, dont l'entrée est couverte par cette valve inférieure elle-même. A. Voisin a remarqué que l'emploi du spéculum de Labordette est efficace chez cette catégorie d'hypocondriaques qui refusent les aliments parce qu'ils s'imaginent qu'ils n'ont plus de bouche ou que leurs voies digestives sont oblitérées. Quelques-uns de ces malades, après l'emploi de cet instrument, renonceraient à cette conception délirante, et se mettraient à manger spontanément.

La *bouche d'argent* de Billod (1), consiste en une sorte de *spéculum oris* muni en arrière d'une gouttière métallique qui déprime la base de la langue, et en avant d'une soupape s'ouvrant de dehors en dedans sous la poussée de la cuiller chargée du bol alimentaire, et se refermant aussitôt que cette dernière se retire. Les avantages de cet instrument, d'après l'auteur, sont de rapprocher le plus possible l'alimentation forcée de l'alimentation ordinaire, et de ne pas exposer, comme la sonde, au danger d'une pénétration dans les voies aériennes. Le principal de ses inconvénients résulte de l'impossibilité où l'on est quelquefois d'écarter les mâchoires que les malades serrent avec une force extraordinaire. Quelques efforts pour glisser la gouttière linguale entre les deux mâchoires, efforts favorisés par l'effet du contact du métal et aidés dans quelques cas par l'action d'un courant électro-magnétique, suffisent le plus souvent, selon l'auteur, à sur-

(1) Billod, *Annales méd. psych.*, 1874.

monter cet obstacle. Mais cette difficulté vaincue, il peut en surgir une autre : l'impossibilité de faire avaler l'aliment après son introduction dans la bouche. On y arrive quelquefois en pinçant les narines du patient. En somme, bien que, comme le fait remarquer Billod, cet appareil soit dans tous les asiles, il y est peu employé, car il n'est susceptible d'être utilisé que dans un nombre de cas très restreints. Encore faut-il que les malades y mettent quelque bonne volonté.

Il est quelques malades chez qui le procédé habituel n'est pas applicable. On peut alors avoir recours au procédé de Ritti par l'*électricité*.

Lorsqu'on promène successivement les deux pôles d'un appareil d'induction, sur la nuque et sur les parties latérales et supérieures du cou, immédiatement au-dessous des angles de la mâchoire inférieure, tous les muscles de la région se contractent, et alors s'opère le phénomène extérieur du deuxième temps de la déglutition, c'est-à-dire le mouvement ascendant des cartilages du larynx. Il s'agit donc d'introduire dans la bouche du malade un bol alimentaire préparé d'avance, de la maintenir ensuite fermée et d'appliquer les tampons de l'appareil, aussitôt que le courant passe, la déglutition s'opère automatiquement. D'après l'auteur, les malades chez lesquels ce procédé est surtout appelé à réussir sont les aliénés inertes et stupides qui n'opposent qu'une résistance passive à ce qu'on tente pour combattre leur refus d'alimentation ou qui conservent le bol alimentaire dans la bouche sans faire aucun effort pour l'avaler (1). Ce procédé toutefois nous paraît devoir être plus efficace comme moyen d'intimidation que comme moyen d'alimentation d'un emploi facile et pratique.

Un autre moyen consiste à placer les malades dans la position horizontale, la tête légèrement renversée et solidement maintenue par les mains d'un aide, à leur fermer hermétiquement la bouche avec un foulard et à leur introduire des aliments par le nez à l'aide d'un biberon ou d'une cuiller. Les aliments liquides seuls peuvent être ainsi administrés. Avec un peu d'habitude on arrive à faire absorber au malade un litre de liquide alimentaire

(1) A. Ritti, *Alimentation forcée des Aliénés* (*Ann.*, 1875).

en quelques minutes. Ce procédé signalé par Dumesnil (1), et approuvé par J. Falret, Motet, Dagron, Lunier, nous donne quotidiennement d'excellents résultats.

J.-P. Falret se servait aussi d'une sonde de femme introduite par les narines; ce moyen suffit quelquefois pour amener des mouvements de déglutition, ce qui est favorable à la guérison en obligeant la volonté du malade à intervenir.

Enfin, dans le cas où tous ces procédés échouent, on peut, comme dernière ressource, avoir recours aux lavements nutritifs, à l'aide de peptones. Mais ce mode d'alimentation ne peut être employé que d'une façon passagère, en raison de l'irritation intestinale qu'il entraîne fatalement au bout de quelques jours.

§ 6. — Agents mécaniques

Lorsqu'un aliéné est dangereux pour lui-même ou pour les autres, il doit être l'objet de mesures qui ont pour but de le mettre hors d'état de nuire. C'est alors qu'interviennent les moyens mécaniques de contrainte dont l'emploi de plus en plus restreint à l'heure actuelle se borne à la camisole de force d'ailleurs mise en usage dans tous les hôpitaux.

Camisole. — La *camisole* est une sorte de corsage de forte toile très échancré au niveau du cou, lacé par derrière et muni de longues manches fermées par une coulisse et terminées par des cordes ou des rubans de fil qui permettent de les fixer soit autour du corps, soit aux parois d'un lit ou d'un fauteuil. Des anneaux de toile adaptés aux épaules de l'appareil, servent à recevoir des liens qui, en s'attachant à l'extrémité du lit, maintiennent le malade dans la position horizontale.

L'emploi de la camisole doit être surveillé avec soin, car il n'est pas sans inconvénients. La camisole gêne les mouvements respiratoires, surtout dans la position couchée. Lorsqu'elle est trop longtemps appliquée, elle amène par les frottements sur les parties saillantes, des excoria-

(1) Dumesnil, *Annales*, 1874.

tions, des phlegmons et parfois des escharres. Par l'immobilité forcée qu'elle impose aux membres supérieurs, elle occasionne chez les femmes hystériques des contractures lentes à disparaître.

Malgré ces inconvénients réels, elle reste encore le moyen le plus pratique et le plus rationnel de mettre un aliéné dans l'impossibilité de nuire; mais l'expérience démontre qu'elle n'est nécessaire que dans quelques cas exceptionnels en dehors desquels elle doit être rigoureusement proscrite. Nous allons passer en revue les différentes sortes de malades qui nécessitent parfois l'emploi de la camisole. Ce sont:

1° *Les maniaques furieux* et surtout les *épileptiques* toujours prêts dans leurs paroxysmes inconscients à se jeter à l'improviste sur les gens qui les soignent et à se livrer aux violences les plus dangereuses. La plupart des maniaques ordinaires peuvent être laissés libres de leurs mouvements, leurs actes étant plus excentriques que nuisibles, et leur besoin d'activité désordonnée étant une indication qu'il importe de respecter dans la mesure la plus large possible;

2° *Les aliénés destructeurs* qui se déshabillent et ne veulent supporter aucun vêtement. La camisole doit avoir pour but de mettre ces malades à l'abri des intempéries et des maladies accidentelles qui ne manqueraient pas d'en résulter;

3° *Les impulsifs suicides et homicides.* Certains malades, en proie à des impulsions périodiques au suicide et au meurtre, ne peuvent être efficacement protégés contre eux-mêmes que par l'emploi des moyens de contrainte. Ils sont quelquefois les premiers à réclamer comme un bienfait l'application de la camisole, qui suffit à les garantir contre leurs dangereux accès;

4° *Les sitiophobes.* Certains malades qui refusent les aliments luttent avec une telle énergie contre les procédés d'alimentation artificielle qu'il est nécessaire de les maintenir étroitement pour pouvoir procéder au cathétérisme œsophagien;

5° Les malades chez lesquels il s'agit de maintenir les pièces de pansements, soit à la nuque, soit le long de la colonne vertébrale, aux bras, aux jambes, etc.;

6° *Les masturbateurs.* L'onanisme, en effet, prend chez certains malades de telles proportions qu'il peut devenir nécessaire, dans l'intérêt, non seulement de leur guérison, mais de leur existence même, de les empêcher de s'abandonner à leur passion effrénée.

No-restraint. — En 1839, Conolly, médecin de l'asile de Hanwell, frappé de l'abus qu'on faisait encore dans son pays des moyens de contrainte les plus barbares auprès des malades atteints d'aliénation mentale, résolut de réagir contre ces déplorables habitudes, et entreprit de provoquer une réforme générale basée sur l'abandon de tous les agents mécaniques de contention ; d'où le nom de *no-restraint* donné à son système qui fut adopté en Angleterre, en Allemagne et en Suisse.

Dans le système du no-restraint, les aliénés dangereux, au lieu d'être camisolés, sont maintenus par l'active intervention des gens de service qui se réunissent en force pour s'opposer à leurs actes nuisibles; lorsqu'ils deviennent furieux, on les introduit dans une cellule matelassée. Pour les malades qui se déshabillent ou détruisent, on a des vêtements spéciaux qui se lacent par derrière, des bottines qui se ferment par une vis, des manches terminées en cul-de-sac. Pour les impulsifs, on se contente d'organiser une surveillance étroite de jour et de nuit.

On peut faire à ce système de sérieuses objections. La réclusion dans une cellule obscure et matelassée est une contrainte bien plus pénible que la camisole, car elle empêche le malade de prendre l'air et l'exercice nécessaires à sa santé. Les garnitures matelassées ne résistent pas toujours aux violences des aliénés, et une fois entamées sur un point, elles sont promptement dilacérées. La contention faite par les mains des gardiens n'est ni toujours possible, ni toujours efficace; en outre, lorsque les gardiens veulent séquestrer un malade ou pénétrer dans sa cellule, il se livre parfois entre eux et lui une véritable bataille d'où tout le monde sort blessé et contusionné. Ces luttes où cinq ou six individus enveloppent un furieux, et ne le maintiennent qu'en s'appuyant sur sa poitrine et sur son ventre augmentent sa fureur, enracinent en lui

des sentiments de haine contre ses gardiens et parfois un véritable *délire artificiel de persécution*.

Après l'application générale du *no-restraint*, les fractures de côtes, les ecchymoses, les suffusions sanguines devinrent tellement communes dans les asiles anglais que certains médecins s'en montrèrent effrayés.

Ce n'est pas tout ; les ressources du no-restraint se montrant insuffisantes dans certains cas, on fut entraîné à abuser de la *contrainte pharmaceutique* et à administrer aux agités d'énormes doses de digitale, de morphine, de chloral, d'acide prussique, etc., dont l'effet était de hâter l'arrivée de la démence incurable, ou de la mort.

En somme, partout, en Angleterre comme ailleurs, on a dû revenir à un emploi modéré de la camisole pour empêcher les malades de se mutiler, de se mettre nus, d'enlever leurs pansements, de faire des tentatives de suicide ou d'homicide; pour permettre aux furieux de prendre l'air et de circuler. Cette pratique a toujours été celle des médecins français qui n'ont eu de ce chef ni à changer de système, ni à revenir en arrière.

Mais l'usage de la camisole doit conserver un caractère essentiellement médical et ne pas être abandonné à la discrétion du personnel de surveillance, tellement porté à en abuser que pendant longtemps les médecins ont été impuissants à vaincre sur ce point la routine de certaines communautés religieuses trop indépendantes de l'autorité médicale et plus soucieuses de leurs aises que de la santé et de la dignité des malades. Rien de plus commode, en effet, que de camisoler un aliéné gênant ; les surveillants y trouvent une sécurité parfaite, et leur vigilance devient ainsi superflue. J'ai eu pour pratique, dans les divers services qui m'ont été confiés, de poser en principe la nécessité du *no-restraint*, et de le montrer à mon personnel comme un idéal à atteindre dans un avenir peu éloigné. Je suis arrivé rapidement par ce moyen, à rendre l'emploi de la camisole exceptionnel, et j'ai eu, après chaque expérience, la satisfaction de trouver mes agents convaincus de l'inutilité de l'usage *habituel* des moyens de contrainte.

Il est surtout un mode de contention désastreux et contre lequel il importe de mettre en garde d'une façon

toute particulière : c'est l'immobilisation des malades dans leur lit. Magnan a attribué à ce moyen contentif la plus grosse part dans la mortalité des aliénés atteints de folie aiguë et en particulier des alcooliques. Dans cette pratique, en effet, le malade est maintenu sur le dos ; grâce à la camisole, et aux liens qui la fixent aux divers côtés du lit, le thorax est immobilisé et la respiration devient diaphragmatique. Mais l'agitation du malade oblige à lui fixer les pieds par des entraves attachées à l'extrémité du lit, à lui passer des alèzes sur les genoux et sur le ventre ; d'où une tension des muscles de la paroi abdominale et une gêne notable dans les mouvements du diaphragme. Que dans cet état, poursuit l'auteur (1), le malade vienne à se débattre, qu'il fasse quelques efforts, la face s'injecte, les yeux deviennent brillants, les jugulaires turgescentes se désemplissent à peine, le cou gonflé s'étrangle entre le bord rigide de la camisole, sans compter les cas où le malheureux patient cherchant à se dégager, finit par glisser sur l'un des côtés du lit ; le larynx, poussé alors par tout le poids du corps contre le rebord de la camisole, devient le siège de graves lésions.

Malades à idées de suicide. — Ces malades demandent une surveillance toute spéciale et ne doivent pas être abandonnés à eux-mêmes un seul instant. Le jour, ils seront placés au milieu d'autres malades sous l'œil de surveillants convenablement stylés et suffisamment pénétrés de leur mission difficile. Leur habitation sera au rez-de-chaussée ; on en fera disparaître clous, crochets, cordes, bâtons, fourchettes, couteaux, instruments tranchants de tout genre. On visitera fréquemment les poches des malades, on leur retirera leurs bretelles, leur mouchoir, leur cravate, tout ce qui pourrait servir à une tentative de strangulation. Quand les tentatives sont incessantes et les accès impulsifs à leur période paroxystique, on n'hésitera pas à les priver de l'usage de leurs mains par l'application de la camisole. La nuit, on exercera un contrôle permanent sur leur attitude et leurs moindres mouvements. On a vu des malades s'étrangler dans leur

(1) Magnan, Art. Camisole, dans *Dict. encyclop. des sc. méd.*

lit, sous les couvertures, en présence de leurs gardiens.

On se défiera surtout des fausses améliorations que présentent parfois ces aliénés. Grâce à la lucidité partielle dont ils jouissent pour la plupart, ils parviennent dans quelques cas à dissimuler habilement leurs impulsions et ne manquent pas de profiter du premier moment où la surveillance se relâche.

La ténacité des impulsions au suicide est telle que certains malades malgré la surveillance la plus étroite finissent par réussir, on en a vu se pendre ou s'étrangler dans une cour de malades sous l'œil de leurs gardiens. Dans un asile où j'ai exercé des fonctions médicales, une malade s'est pendue à une porte pendant que sa gardienne parlait à quelqu'un, la tenant par sa robe.

Gâteux. — Il y a une catégorie d'aliénés qui exige des soins spéciaux, ce sont les gâteux, c'est-à-dire ceux qui laissent involontairement échapper l'urine et les matières fécales. Pour éviter les érythèmes, les excoriations et les escharres qui pourraient résulter du contact permanent de liquides irritants, ils doivent être tenus dans un parfait état de propreté, changés de linge et de vêtements aussi souvent qu'il est nécessaire et soumis à des lotions simples, médicamenteuses ou désinfectantes suivant les cas. L'emploi des poudres absorbantes, amidon, lycopode, quinquina, charbon, est également indiqué. Enfin, les lits qui leur sont destinés doivent être appropriés à leur infirmité.

Il existe plusieurs modèles de lits de gâteux qui tous peuvent avoir des avantages.

Un des plus répandus est un lit en fer de forme ordinaire, avec galeries latérales pour protéger les malades contre les chutes. Il porte dans son tiers moyen un fond en zinc formant cuvette, percé au centre pour l'écoulement des liquides que reçoit un vase placé au-dessous. Il est muni d'un sommier permettant la libre circulation de l'air et reçoit une garniture composée d'un matelas divisé en trois parties, celles des deux extrémités en laine et crin, celle du milieu en varech ; ce dernier est changé aussi souvent qu'il est nécessaire. Une paire de draps comme pour un lit ordinaire et des couvertures complètent ce lit aussi simple que pratique.

Un autre modèle très répandu est le lit à auge dont il existe plusieurs variétés. Ce lit a la forme d'une boîte rectangulaire dont le fond est percé pour le passage de l'urine. Cette sorte de boîte est remplie de varech qu'on recouvre d'un drap. Le malade repose ainsi immédiatement sur le varech dont on doit changer tous les matins la partie souillée. On peut avantageusement remplacer ce lit de varech par la paille fraîche. Il présente l'inconvénient d'être plus difficile à tenir propre que le précédent.

Pendant un certain temps on s'était flatté de supprimer le gâtisme en régularisant les évacuations d'une manière artificielle. En obligeant les malades à se présenter à heure fixe à la garde-robe, on peut arriver à discipliner jusqu'à un certain point leurs fonctions intestinales, et obtenir une certaine atténuation de leur infirmité. Mais il n'y a que des inconvénients à exagérer cette pratique et nous pensons, avec Dumesnil (1), qu'éveiller toutes les nuits un pauvre paralytique, le forcer à quitter son lit, l'exposer au froid incomplètement vêtu jusqu'à ce qu'il ait donné des garanties suffisantes de propreté est quelque chose d'un peu inhumain, sans compter que le malade, dans ces opérations répétées, peut tomber, se blesser ou se rompre les membres. Certaines circonstances rendent en outre ce zèle inutile : tantôt le malade résiste par pure malice, tantôt il a peur et se contracte, tantôt enfin le contact de l'air froid produit un resserrement des sphincters qui va à l'encontre du but qu'on se propose.

(1) Dumesnil, *Un lit de gâteux* (*Ann.*, 1870).

DEUXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE SPÉCIALE

I. ALIÉNATIONS SIMPLES

CHAPITRE PREMIER

MANIE

§ 1er. — Définition

La manie est une affection cérébrale apyrétique, caractérisée par la perturbation et l'exaltation de l'intelligence, de la sensibilité et de la motilité (1).

C'est le type de la folie générale avec excitation, en même temps que la forme la plus nette de la pathologie mentale ; elle a été reconnue et décrite par tous les nosologistes. D'après les statistiques de Marcé, elle formerait environ le septième des cas d'aliénation mentale traités dans les Asiles.

§ 2. — Causes

La prédisposition héréditaire domine l'étiologie de la manie, comme de toutes les maladies mentales. Ensuite viennent la plupart des causes que nous avons étudiées dans la Pathologie générale. Nous nous contenterons de passer en revue celles dont l'action semble s'exercer le plus fréquemment.

Les *influences morales*, chagrins, déceptions, émotions vives, peuvent être l'origine d'un accès de manie, bien

(1) Esquirol, *Maladies mentales;* 1838.

que, dans cette affection, leur rôle soit moins important que dans la mélancolie.

Les *excès physiques*, alcooliques et vénériens, le surmenage du système nerveux, les travaux intellectuels excessifs entrent pour une part importante dans les causes de la manie.

L'*insolation* provoque presque exclusivement des accès de cette affection mentale.

Les *maladies aiguës*, le rhumatisme et la fièvre typhoïde, principalement, favorisent la production de la manie.

La *folie des nouvelles accouchées* revêt le plus souvent cette même forme, puisqu'on l'observe dans les trois quarts des cas.

L'*âge* où elle se développe de préférence est compris entre vingt et trente ans. Avant vingt ans, elle est aussi la plus commune des maladies mentales. Passé trente ans, le nombre des cas de manie décroît, et après cinquante ans elle devient rare.

Le *sexe féminin* fournit un plus grand nombre de cas de manie que le masculin. Les anciens auteurs ont soutenu une opinion contraire; mais on s'explique leur erreur en songeant qu'ils ne connaissaient pas la Paralysie générale comme maladie distincte, au moins pendant les périodes aiguës, qui se présentent le plus souvent sous la forme maniaque.

Les *saisons* semblent exercer une certaine influence sur le développement de la manie. Pendant le printemps et l'été, elle est prédominante, et selon Esquirol, on observe, pendant cette période, deux fois plus de manies que durant le reste de l'année.

Enfin les *grandes névroses* telles que l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, quand elles sont compliquées d'aliénation mentale, affectionnent surtout la forme maniaque : la manie revêt dans ces cas quelques caractères spéciaux qui méritent d'être étudiés à part.

§ 3. — Symptomes

Les *prodromes*, quelquefois très courts, le plus souvent de quelques jours à quelques semaines, sont constitués par une période de dépression mélancolique sans idées déli-

rantes : l'humeur devient inégale, le caractère irritable; les sentiments affectifs se modifient ou s'oblitèrent; de nouveaux penchants, par exemple une appétence inusitée pour les boissons alcooliques, peuvent se manifester. Il y a de la céphalalgie, de l'insomnie ou des rêves agités, un malaise physique profond, des vertiges, une tristesse insurmontable, de l'angoisse épigastrique; parfois des hallucinations et des accès panophobiques. En même temps la nutrition s'altère, les fonctions digestives languissent; il survient de l'anorexie, de la soif, puis un véritable embarras gastrique. Peu à peu le malade se sent porté à l'excitation, à une loquacité et à une activité exagérées, à l'expansion, au rire, aux actes excentriques; il a encore pleine conscience de son état mais commence à perdre tout contrôle sur ses opérations cérébrales. Quelques jours, quelques heures de plus et la maladie est constituée.

Les *troubles intellectuels* communs aux divers états maniaques consistent en une suractivité générale des idées qui se pressent d'abord logiquement, plus tard confusément, et s'échappent au dehors en un flux de paroles plus ou moins intelligibles. A un degré modéré d'excitation, les idées s'enchaînent suivant les procédés ordinaires; par suite de l'exaltation de la mémoire et de l'imagination, l'élocution est aisée et surabondante, les remarques spirituelles et caustiques, les discours empreints d'une sorte d'éloquence; les écrits vifs et brillants, quoique prolixes et parfois diffus. Dans cet état de manie certains imbéciles peuvent faire illusion sur la véritable portée de leur intelligence. L'attention des malades peut encore être fixée, mais d'une façon fugitive, et après une réponse brève, ils retombent sans désemparer dans leur verbiage. Peu à peu la rapidité des idées s'accroît, la vue d'un objet, une réminiscence subite, un mot qui frappe leur oreille suffit à changer la direction des idées, et à amener les associations de mots les plus imprévues; bientôt on ne distingue plus dans leurs discours que des lambeaux de phrases tronquées manquant de plus en plus de liaison, bien qu'au fond elles découlent encore les unes des autres; mais les idées intermédiaires ne sont plus exprimées.

A un degré plus élevé d'excitation, l'*incohérence* devient réelle, les paroles ne se rattachent plus les unes aux autres

que par l'analogie des sons qu'elles rendent ; une assonnance en amène une autre, sans respect du sens des mots ; parfois même les mots entiers disparaissent eux-mêmes et on n'entend plus que des monosyllabes rimant entre eux. Alors le malade vocifère d'une façon extravagante, se livrant à une mimique désordonnée entrecoupée d'éclats de rire, de sanglots et de cris.

Les *troubles de la motilité* sont en relation directe avec les troubles de l'intelligence. Au début ou dans les formes légères, on observe seulement un besoin exagéré de mouvement. Le malade se livre à un va-et-vient continuel, entreprend une chose et l'abandonne pour passer à une autre, change les objets de place, manifeste mille désirs, mille projets aussitôt oubliés. Peu à peu l'énergie des mouvements s'accroît, les forces musculaires sont décuplées, les mouvements deviennent brusques, violents, tumultueux. Le maniaque crie, saute, court, danse, se jette sur les obstacles qu'il rencontre et les brise, déchire ses vêtements, met sa literie en pièces, prend des postures indécentes, se roule dans l'ordure; il devient étranger à tout sentiment de fatigue, et la femme la plus délicate trouve en elle-même des forces inépuisables pour résister un temps indéfini à une agitation incoërcible. La face est vultueuse, le regard brillant ; les traits expriment tour à tour les passions les plus contradictoires : l'énergie, la colère, la douleur, une gaieté exubérante. Le verbe est haut, la loquacité intarissable et émaillée d'injures, de blasphêmes, de mots grossiers ou obscènes complètement étrangers à l'éducation des malades et à leur réserve habituelle.

L'automatisme des actes se fixe parfois dans une forme déterminée. On observe alors chez les maniaques des espèces de tics, sortes de mouvements réflexes ou convulsifs qu'ils répètent des heures, des journées entières. L'un fait des culbutes comme un acrobate; un autre tourne indéfiniment autour d'un arbre, d'un banc, d'une cour; tel autre fait osciller sa tête d'une épaule à l'autre, agite en cadence un bras, une jambe, ou répète à satiété un geste déterminé, par exemple : le signe de la croix. Le même phénomène s'observe d'ailleurs dans l'ordre intellectuel et certains maniaques répètent indéfiniment le même mot, le même

membre de phrase. Parfois, on en voit s'arrêter dans leur agitation et s'immobiliser dans certaines attitudes, comme l'extase ou la fixation du soleil.

Les *hallucinations* manquent souvent dans la manie. Celles de la vue se confondent avec les illusions du même sens; celles de l'ouïe ne font que refléter l'incohérence des malades. Les *illusions* sont beaucoup plus fréquentes et portent sur tous les sens, principalement celui de la vue. Certains maniaques voient les objets rapetissés, démesurément agrandis ou renversés. Les uns croient voir dans leur cellule un palais, dans la personne qui les soigne un amant ou une maîtresse, un prince, une divinité ou un ennemi ; dans le breuvage qu'on leur présente un poison ou un nectar, et ainsi de suite. Aussi ces phénomènes interviennent-ils activement dans la direction des idées et la forme du délire. Sous leur influence, tout se transforme, personnes et choses; tout prend un aspect fantastique, un caractère agréable ou pénible, et selon les propensions habituelles ou les dispositions actuelles du malade, les illusions sont le point de départ d'idées érotiques, religieuses ou ambitieuses, de craintes d'empoisonnement, de frayeurs, etc.

La *sensibilité morale* est profondément modifiée. Certains maniaques sont expansifs, foncièrement bienveillants, portés à la gaieté ; d'autres ont des dispositions à la colère, aux antipathies soudaines, à la méchanceté, aux actes malfaisants. Le penchant érotique est surexcité, surtout chez les femmes. Chez tous il y a une instabilité de sentiments qui, sous la moindre cause, les fait brusquement passer de la joie au désespoir ou à la colère. C'est alors qu'apparaît la *fureur maniaque*, provoquée par un simple reproche, une parole de contradiction, une menace ou les mauvais traitements. Chez certains, elle apparaît spontanément, par une sorte d'impulsion irrésistible. Tout à coup, le visage du malade pâlit ou se couvre d'une vive rougeur, ses traits se contractent; des tremblements agitent ses membres, son regard lance des éclairs ; il se jette avec des cris de rage sur tout ce qui se trouve à sa portée, brise, mord, déchire, à moins que, réduit à l'impuissance par les moyens employés en pareil cas, il ne tourne sa fureur contre lui-même en se rou-

lant à terre et en se précipitant la tête contre les murs.

Les *sens* sont exaltés, surtout au début; la vue et l'ouïe deviennent très sensibles, au point que le moindre bruit fait tressaillir le malade, et que la lumière redouble son agitation.

La *sensibilité générale* est diminuée, abolie ou troublée. Les maniaques sont insensibles à l'action des agents extérieurs et à la douleur physique. Ils n'ont souvent aucune conscience des coups et des blessures qu'ils se font; on en voit se mutiler, marcher avec des fractures de jambe. Certains, par une sorte d'hyperesthésie du sens thermique, éprouvent un bien-être évident à se mettre nus, et à se rouler dans la neige.

Les *fonctions digestives* sont troublées au début. La langue est saburrale; il y a de l'embarras gastrique; les malades refusent quelquefois les aliments solides ; par contre ils acceptent volontiers certaines boissons, principalement l'eau et le vin. Plus tard les digestions se régularisent et se font normalement; l'appétit est très développé ; tantôt les malades mangent avec voracité aussi souvent qu'on leur offre des aliments, tantôt il les repoussent pendant un certain temps pour se jeter dessus à un autre moment et les absorber en un clin d'œil. La constipation n'est pas habituelle. Les excrétions, dans les formes légères, se font normalement; dans les cas de manie intense, elles ont lieu involontairement par défaut d'attention.

Les *sécrétions* sont quelquefois troublées : tantôt, la peau est chaude, sèche, aride ; tantôt elle est humide et baignée d'une sueur abondante à odeur plus ou moins fétide.

Il n'y a pas de *pouls* spécial à la manie. L'agitation violente s'accompagne habituellement d'une forte accélération avec tension artérielle, ce qu'indique la faible amplitude des tracés sphygmographiques. A cette période succède une période de relâchement caractérisée par du dicrotisme. Les malades affaiblis et épuisés ont le pouls petit et lent.

La *température* du corps est normale dans la manie. Cependant, au début et dans les moments de recrudescence de l'agitation, alors qu'il se produit un travail mus-

culaire énorme, elle peut atteindre 38° centigrades; et dépasser légèrement ce chiffre.

Le *sommeil* est constamment troublé. On constate pendant des mois une insomnie tenace avec persistance de l'agitation entretenue par des illusions et des hallucinations.

La *menstruation* est souvent supprimée; d'autres fois, elle est irrégulière. L'époque menstruelle, qu'elle soit ou non signalée par l'hémorragie habituelle, est presque toujours le signal d'une recrudescence de l'agitation. La régularisation des règles survient parfois dans le cours de la maladie, et précède la convalescence; dans d'autres cas elle la suit.

Les *fonctions sexuelles* sont fréquemment exaltées, surtout chez les femmes, qui perdant toute retenue, ne peuvent supporter la présence d'un homme sans se livrer aux provocations les plus obscènes.

§ 4. — Formes de la manie

Il existe deux formes principales de manie : la *manie aiguë* franche, et l'*excitation maniaque*. Ce sont bien deux formes cliniques distinctes et non deux degrés d'un même état morbide, car le tableau symptomatique de chacune d'elles présente des différences assez notables. La manie aiguë réunit tous les symptômes de la maladie et répond davantage à la description schématique qui précède. Elle comporte plusieurs degrés dont le plus élevé aboutit quelquefois à la complication grave que l'on décrit sous le nom de *délire aigu*. L'excitation maniaque est surtout caractérisée par l'exaltation des facultés intellectuelles sans désordre notable des idées, de la sensibilité et de la motilité.

Manie aiguë. — Dans une première variété, l'ensemble symptomatique demeure dans une tonalité moyenne; les troubles intellectuels sont modérés; les idées rapides, mais plutôt mobiles qu'incohérentes ; le malade bavarde, mais sans mobilité excessive, passant incessamment d'un sentiment à l'autre, du rire aux larmes, d'une joie immodérée aux signes du plus violent désespoir. Il rit, chante,

siffle, pleure et sanglote tour à tour. Sa personnalité est passagèrement exaltée ; il prend une attitude fière et manifeste des idées de satisfaction, de richesses ou d'orgueil. Les illusions qu'il éprouve lui laissent encore une certaine conscience du monde extérieur et son attention peut être fixée sans trop de peine. Du côté des mouvements, le trouble est peut-être plus accentué : la mimique est extravagante, la tenue d'une incorrection qui semble cherchée et voulue, les actes désordonnés. Dans quelques cas la loquacité fait presque complètement défaut et on se trouve en présence des seuls troubles de la motilité.

Quand la maladie évolue tout entière dans les limites de cet état habituellement désigné sous le nom d'*agitation maniaque*, on a affaire à la forme légère de la manie franche.

Mais l'agitation maniaque n'est souvent qu'une phase transitoire d'une forme plus sévère, et en constitue soit la période initiale, soit une période de rémittence, soit la période de déclin.

Dans la manie aiguë à développement complet, à ce premier stade d'agitation maniaque en succède un autre constituant la période d'état de la maladie et où l'agitation physique et mentale s'élève à un degré beaucoup plus élevé. La loquacité redouble, l'incohérence s'accentue ; aux paroles sans suite succèdent des séries d'assonnances, enfin des cris. Les désordres de la motilité aboutissent, de leur côté, par une exagération progressive, à des mouvements forcenés d'ordre exclusivement convulsif.

Diverses conditions, qu'il convient de signaler avant d'aller plus loin, altèrent la pureté de forme de la manie aiguë et lui imposent certains caractères particuliers.

Par exemple, les dispositions psychiques habituelles du malade, comme la défiance, le mysticisme, l'orgueil, la chasteté impatiemment supportée, influent sur le cours de ses idées délirantes et contribuent à leur donner un tour spécial.

Les hallucinations ont un effet analogue. Quand les hallucinations d'un caractère pénible prédominent, elles font naître des idées de persécution persistantes avec tendance à la systématisation. Quand elles sont d'ordre religieux, elles engendrent un *délire démonomaniaque* ou *mys-*

tique. Tantôt les malades environnés de démons se livrent contre eux à des luttes furieuses, voient l'enfer et ont de l'agitation panophobique. Tantôt ils voient Dieu, la Vierge, les anges ; se proclament eux-mêmes d'essence divine, chantent des cantiques, veulent convertir, sauver le monde, etc.

Certaines circonstances étiologiques ont une action non moins incontestable. La manie aiguë, suite de couches, s'accompagne toujours de délire obscène et d'hallucinations génitales. Les manies de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'alcoolisme ont des caractères spéciaux que nous étudierons plus loin. La manie ambitieuse d'emblée ne se développe que sur le terrain de la dégénérescence héréditaire. Néanmoins, ces particularités, bien qu'importantes au point de vue clinique, ne sont pas suffisantes pour créer des espèces nosologiques distinctes, et il n'y a aucun signe pathognomonique qui distingue, par exemple, une manie puerpérale d'une manie causée par un violent chagrin.

La manie ambitieuse simple dont nous venons de signaler la fréquence chez les héréditaires, éclate brusquement, le sentiment de la personnalité subitement exagéré arrive en un temps très court aux limites extrêmes de l'exaltation ; les malades sont tranchants, impérieux, irritables; ils prononcent des paroles incohérentes au milieu desquelles percent des idées ambitieuses; ils sont investis d'une grande puissance, vont réformer le monde, faire les plus grandes découvertes ; accomplir des actes gigantesques. Leur délire revêt souvent une couleur mystique : ils ont des rapports avec le ciel, sont inspirés, sont chargés d'une mission divine. Leurs actes sont désordonnés, impulsifs, parfois violents et nuisibles. La marche de cette forme de manie est très irrégulière ; elle est sujette à de nombreuses rechutes et se termine souvent par le passage à l'état chronique. Elle diffère de la paralysie générale au début par l'absence des troubles musculaires, de l'euphorie et des symptômes de démence particuliers à cette dernière maladie.

Délire aigu. — Le plus haut degré de la manie, la *manie suraiguë* de certains auteurs, aboutit parfois au délire aigu. On désigne ainsi un ensemble symptomatique

résultant d'une irritation violente et incoërcible de tous les centres nerveux, accompagnée de fièvre et suivie d'un collapsus qui se termine le plus souvent par la mort. Les lésions qu'on découvre à l'autopsie n'ont rien de constant ni de caractéristique. Tantôt le cerveau paraît absolument sain ; le plus souvent il est le siège d'une hypérémie intense : l'organe est gorgé de sang ; il y a des extravasations sanguines dans les méninges, de l'œdème des circonvolutions. Quelquefois, enfin, on constate les lésions initiales de l'encéphalite et de la méningo-encéphalite.

Thulié (1) attribue le délire aigu sans lésions à l'anémie cérébrale. Cette hypothèse ne nous semble pas justifiée, l'hypérémie pouvant disparaître au moment de la mort. C'est dans un cas de délire aigu consécutif à d'énormes pertes utérines que nous avons trouvé la plus violente hypérémie des centres nerveux que nous eussions jamais vue.

Briand (2) le considère comme une maladie infectieuse de nature microbienne, mais cette opinion ne semble pas avoir été confirmée par les faits.

Le délire aigu ne complique pas seulement la manie aiguë, mais encore les autres maladies mentales, la mélancolie, la folie circulaire et même la période maniaque de la paralysie générale. D'après certains auteurs (3), on doit lui reconnaître une individualité propre, le considérer comme une espèce nosologique distincte ; on le voit, en effet, se développer primitivement chez certains individus fortement imprégnés de la diathèse névropathique. Pourtant nous croyons devoir le décrire ici : 1° parce qu'en l'absence d'une lésion anatomique constante et fixe, on ne peut le considérer autrement que comme l'expression d'une irritation fonctionnelle des centres nerveux; 2° parce qu'il emprunte à la manie en la grossissant, une partie de son appareil symptomatique, et qu'elle est l'espèce mentale qu'il complique le plus ordinairement.

Le délire aigu survient rarement avant la période moyenne de l'existence. Il se développe chez les aliénés ou les névropathes débilités, dont le système nerveux est

(1) Thulié, *Etude sur le délire aigu sans lésions ;* Paris, 1865.
(2) Briand, *Du délire aigu;* Paris, 1881.
(3) Ball et Chambard, art. DÉLIRE AIGU *(Dict. encycl. des sc. méd.).*

épuisé par l'action dépressives des causes morales, par une mauvaise hygiène, la misère, les excès physiques et intellectuels, l'état puerpéral, les hémorragies utérines graves et l'inanition.

Peu de temps après l'invasion du délire, quelle qu'en soit la forme, on voit l'agitation redoubler et revêtir de nouveaux caractères. L'insomnie est absolue; la volubilité et l'incohérence des paroles atteint ses limites extrêmes; les réactions passionnelles changent de seconde en seconde; à un éclat de rire succède une exclamation furieuse ou le cri d'angoisse de l'homme qu'on égorge. Des hallucinations et des illusions entretiennent et rallument incessamment cette agitation forcenée. On retrouve cependant encore dans les vociférations des malades, des traces de la physionomie primitive du délire : tantôt ce sont des idées orgueilleuses, religieuses ou démoniaques, tantôt ce sont des idées de persécution ou des conceptions hypocondriaques.

En même temps la fièvre s'allume ; la température rectale s'élève dès les premiers jours à 40, 41 degrés centigrades et même au-dessus. Le visage d'abord rouge, s'altère progressivement et prend une teinte pâle et terreuse ; la peau sèche et brûlante au début se couvre bientôt d'une sueur visqueuse. Le pouls petit, inégal, atteint et dépasse cent vingt pulsations à la minute; la respiration s'accélère ; la voix devient rauque, puis s'enroue et s'éteint ; l'œil hagard, jette des éclairs et se voile tour à tour. Le malade se livre à un crachottement continuel et repousse avec horreur les boissons et les aliments. La constipation est opiniâtre, les urines rares et épaisses, parfois albumineuses, les bronches sécrètent dans quelques cas un mucus épais expectoré sans toux, sous forme de crachats jaunâtres.

Si au bout de quelques jours il ne survient aucune amélioration, les forces du malade s'épuisent et il entre dans la période de collapsus. Les lèvres et les dents s'encroûtent de fuliginosités, la langue se dessèche, les yeux se creusent, le pouls, de plus en plus misérable, s'accélère encore ; la respiration devient haletante, les excrétions sont involontaires; la voix s'éteint, une sueur froide baigne les membres ; l'agitation et le délire s'évanouis-

sent peu à peu pour faire place à la mussitation et à la carphologie ; enfin surviennent le coma et la mort.

Avant le stade final apparaissent parfois des accidents de diverse nature : une diarrhée fétide et profuse, des congestions viscérales et surtout pulmonaires, des convulsions passagères, générales ou partielles, des troubles nerveux d'origine bulbaire, des paralysies.

Le délire aigu a une évolution rapide, qui, à moins de rémissions d'ailleurs assez rares, ne se prolonge pas au-delà d'une huitaine de jours : cinq ou six jours pour la période d'agitation et quelques heures à deux jours pour la période de collapsus.

Il se termine par la mort dans les trois quarts des cas. Quand la guérison doit survenir, l'agitation se calme progressivement, mais il n'est pas rare de voir le délire passer à l'état chronique ou l'intelligence demeurer affaiblie d'une manière irrémédiable.

Les *lésions* que l'on trouve à l'autopsie des malades qui ont succombé au délire aigu ne sont pas constantes, ainsi que nous l'avons dit précédemment. Lorsqu'elles existent elles se rapprochent sensiblement des lésions attribuées par certains auteurs à la manie aiguë, lésions dont nous donnons plus loin la description. Ce sont : de la congestion active des méninges, des suffusions sanguines qui se présentent sous forme de plaques rosées allongées dans le sens des vaisseaux, des traînées opalescentes périvasculaires, un gonflement œdémateux des circonvolutions; dans quelques cas des foyers d'encéphalite commençante, caractérisés par la teinte hortensia de la substance grise avec happement de la pie-mère au niveau de ces mêmes foyers. Des lésions viscérales telles que des congestions pulmonaires et rénales, la dégénérescence graisseuse du cœur, une coloration rougeâtre de la face interne de l'aorte, accompagnent le plus souvent les lésions cérébrales précédentes.

Le délire aigu se différencie facilement des autres affections cérébrales, par sa marche régulièrement progressive, la prédominance des troubles nerveux purement fonctionnels, et ses symptômes typhoïdiques. L'évolution de la méningite est toute différente et se caractérise par l'apparition précoce de la céphalalgie, des paralysies et des

contractures. L'encéphalite débute toujours par des attaques convulsives. Dans la paralysie générale suraiguë, il y a les anamnestiques, les signes de démence, et les troubles de la motilité spéciaux à cette maladie.

Excitation maniaque. — Cette forme atténuée de manie consiste en une simple surexcitation des facultés intellectuelles sans délire bien caractérisé et sans hallucinations. Le malade, habituellement calme, d'humeur douce, et d'une conduite réservée, devient peu à peu actif, remuant, hardi, causeur inépuisable. Il éprouve un bien-être inaccoutumé, se sent une énergie infatigable, des aptitudes nouvelles ; il combine sans cesse de nouveaux projets, médite des bouleversements, des réformes, des entreprises téméraires ; aucun obstacle ne l'arrête ; il n'y pense même pas tant il se sent sûr de lui. Esprit vif, enjoué, plein d'à-propos et de saillies au premier abord, il ne tarde pas à fatiguer par sa mauvaise foi instinctive, son besoin de discuter, de contredire. Il sait tout, tranche tout sans appel, et ne répond aux objections que sur un ton d'orgueilleuse assurance quand il n'y mêle pas l'ironie et les remarques caustiques.

La mémoire est non moins surexcitée que l'imagination. Elle lui fournit des matériaux inépuisables soit pour disserter, soit pour discourir, pour composer des mémoires ou des poèmes, ou pour réciter avec une sûreté imperturbable des choses apprises un grand nombre d'années auparavant. Il semble qu'il n'ait rien perdu, rien oublié de ce qu'il a emmagasiné de connaissances depuis son enfance.

La sensibilité morale est profondément modifiée ; les appétits de jouissances se développent et le portent aux excès bachiques et vénériens ; il perd tout sentiment de retenue, fréquente les lieux publics, s'y fait remarquer par son oubli des convenances et son cynisme. Son égoïsme déborde, son humeur devient insupportable, son obstination invincible. Devenu haineux et méchant, il emploie toutes ses facultés surexcitées à combiner des perfidies et à faire naître des scandales.

Il existe plusieurs degrés dans l'excitation maniaque, depuis une surexcitation légère analogue à un commence-

ment d'ivresse jusqu'à un état subdélirant caractérisé par une loquacité et une mobilité excessive des idées.

La physionomie de l'affection varie suivant les dispositions individuelles. Selon que l'orgueil, l'ambition, le mysticisme, le fanatisme, dominent chez les malades, on voit la surexcitation mentale se spécialiser en quelque sorte, et leurs prétentions s'orienter vers les arts, la politique, les inventions, les découvertes, les réformes, etc.

§ 5. — Marche. Durée. Terminaisons

On reconnaît habituellement à la manie aiguë type trois périodes distinctes : une *période d'invasion*, pendant laquelle les symptômes vont sans cesse en se développant; une *période d'état*, pendant laquelle la maladie persiste avec tous ses caractères : elle est la plus longue et peut se prolonger des semaines et même des mois; enfin la *période de déclin* où l'on voit l'appareil symptomatique s'atténuer peu à peu pour faire place à la convalescence.

La période d'état est souvent entrecoupée d'intervalles d'un calme trompeur et de poussées nouvelles d'agitation revenant sous l'influence de la moindre cause, par exemple, à l'occasion de l'époque menstruelle, des modifications brusques de la température, ou d'un traitement irrationnel. Cette période est encore signalée par l'amaigrissement et l'altération progressive de la nutrition.

Quand enfin l'amélioration veut se dessiner, l'agitation nocturne diminue et fait place au sommeil; l'excitation intellectuelle et le délire se modèrent; il survient des intervalles lucides de plus en plus longs pendant lesquels les malades revenus à la raison apprécient nettement leur situation. La sensibilité reprend ses droits : ils se plaignent d'épuisement, de faiblesse, d'un sentiment profond de fatigue. Parfois ils accusent le retour de névralgies, de migraines, des malaises habituels à leur état normal. Tantôt la guérison survient d'une manière rapide, tantôt elle se fait attendre un temps plus long; l'affection prend une marche rémittente, les intervalles lucides sont suivis de rechutes répétées; à quelques jours de calme succède une nouvelle période d'agitation, ou bien à des journées calmes succèdent des nuits agitées et inverse-

ment ; et ce n'est qu'après ces oscillations répétées que la convalescence s'établit à titre définitif.

Dans un certain nombre de cas, il n'y a pas d'intervalles lucides, mais la manie aiguë se transforme peu à peu en *excitation maniaque*, se prolonge encore quelque temps sous cette forme, et enfin guérit par une atténuation progressive de tous les symptômes.

Enfin il arrive que l'agitation diminue brusquement tandis que le trouble des idées persiste encore quelque temps, que les malades restent incohérents et déraisonnent pour ainsi dire à froid. Peu à peu l'ordre et l'enchaînement naturel des idées se rétablit et la guérison se complète.

La *durée* de l'accès franc de manie est d'environ deux mois, mais elle peut être plus courte ou plus longue, se prolonger par exemple pendant quatre, six, huit mois, un an, et même davantage.

Quand la manie ne se termine pas par la guérison, elle passe à l'*état chronique*. Ce passage à l'état chronique a lieu au bout d'un an ou de dix-huit mois et est caractérisé par l'apparition de quelques symptômes nouveaux : la nutrition cesse d'être défectueuse, les fonctions digestives se rétablissent, les menstrues reparaissent. L'agitation perd de son acuité, devient moins paroxystique, plus monotone. L'insomnie est moins complète, les impulsions persistent, mais avec un caractère en quelque sorte plus instinctif, et les malades détruisent tranquillement, froidement, comme par une sorte d'habitude. Le délire n'a plus la vivacité du début, l'incohérence devient en quelque sorte machinale ; malgré le calme relatif qui existe, l'attention du maniaque ne peut être fixée ; il perd de plus en plus toute relation avec le monde extérieur ; sa sensibilité affective disparaît, ses facultés s'affaiblissent peu à peu et il marche progressivement, mais avec une allure très variable suivant les cas, à la démence confirmée.

La *manie passée à l'état chronique* conserve quelques reflets de sa physionomie primitive, surtout si elle est accompagnée d'hallucinations. Le délire a alors une certaine tendance à une systématisation rudimentaire ; il prend une tournure mystique, ou ambitieuse, ou revêt

vaguement la forme d'un délire de persécution. Presque tous les aliénés, avant d'arriver à la démence terminale, passent par le *délire des grandeurs* : les maniaques n'échappent pas à cette règle. Aussi les anciens ont-ils signalé la transformation de la manie en monomanie, c'est-à-dire l'apparition des idées de grandeurs chez les aliénés atteints de manie chronique.

Chez certains héréditaires dégénérés, la manie se termine brusquement et sans transition par une démence profonde avec gâtisme, sans passer par la phase chronique. C'est ce qu'on appelle la *démence précoce* qui, chez les jeunes sujets, pourrait être prise pour une forme de l'idiotie, dont elle a les principaux caractères.

La mort est une terminaison rare de la manie, elle est alors consécutive soit à une poussée de délire aigu, soit à quelque phlegmasie viscérale. On voit dans quelques cas très rares des maniaques mourir subitement, sans complication d'aucune sorte : la mort survenue dans ces conditions semble une conséquence de l'épuisement nerveux (Esquirol).

§ 6. — Anatomie pathologique

La manie est attribuée à une hypérémie généralisée du cerveau et des méninges (1). A l'autopsie des maniaques morts dans la période aiguë, on peut trouver en effet les vaisseaux du crâne et de la dure-mère injectés, les réseaux de la pie-mère dessinés sous forme d'arborisations vasculaires d'un rouge vif et l'état piqueté de la substance cérébrale. Ces lésions ne sont cependant pas constantes. On en a signalé d'autres, telles que le ramollissement et l'aspect rosé ou violacé de la substance grise corticale; l'aspect jaunâtre ou ardoisé de cette même substance; des épanchements de sérosité dans les mailles de la pie-mère et dans les ventricules; des foyers de congestion et d'hémorragies interstitielles dans différentes régions de l'écorce cérébrale. Les autres parties du cerveau participent au mouvement fluxionnaire; les corps striés, les couches optiques, la protubérance sont le siège d'hypérémies dif-

(1) Luys, *Traité des maladies mentales;* Paris, 1881.

fuses ou localisées. Le cervelet est violacé, ramolli, diffluent; le bulbe et la moelle épinière peuvent être également congestionnés dans leurs diverses parties.

Dans la manie chronique, on trouve des lésions d'origine manifestement ancienne : l'épaississement et l'opacité des méninges, des hypérémies localisées, et une atrophie plus ou moins prononcée de la substance cérébrale, et en particulier des circonvolutions. Luys a remarqué que les circonvolutions marginales résistent le plus longtemps à ce processus atrophique, et qu'elles sont les dernières à être envahies.

A ces lésions macroscopiques répondent des lésions qui portent sur tous les éléments du tissu nerveux et dont nous avons donné précédemment la description.

§ 7. — Pronostic

Le pronostic de la manie simple est favorable environ dans les deux tiers des cas. Guislain comptait sept guérisons sur dix malades; une statistique de Marcé fournit vingt-cinq guérisons sur vingt-huit. Cependant il convient de faire quelques réserves au sujet de ces résultats extraordinairement satisfaisants que contredisent ceux qu'ont obtenus d'autres praticiens. Sur quarante hommes atteints de manie que Luys a pu suivre pendant plusieurs années, vingt et un ont guéri, deux sont morts, et dix-sept ont passé à l'état chronique à la suite de nouveaux accès revenant après plusieurs années d'intervalle. Dans soixante-six cas de manie chez la femme, le même auteur a compté quarante-deux guérisons, deux décès et vingt-deux passages à l'état chronique. D'après cette statistique, la manie ne serait donc curable que dans la moitié des cas environ.

La guérison se produit principalement dans les six premiers mois de la maladie. Sur deux cent soixante-neuf guérisons, Esquirol en a obtenu vingt-sept dans le premier mois, trente-deux dans le deuxième, dix-huit dans le troisième, trente dans le quatrième, vingt-quatre dans le cinquième, vingt dans le sixième et autant dans le septième, dix-neuf dans le huitième, douze dans le neuvième, treize dans le dixième, vingt-trois dans le douzième. Il

n'y a plus dans la deuxième année que dix-huit guérisons, et treize seulement dans les années suivantes.

Si, passé la troisième année, il est encore permis d'espérer quelques guérisons, ce n'est que chez des héréditaires à antécédents très chargés. Dans cette catégorie de maniaques, on a constaté quelques guérisons après sept ou huit ans, mais on a pu observer en même temps que l'intelligence de ces malades demeurait considérablement amoindrie.

Les guérisons les plus nombreuses s'opèrent en automne, l'été est déjà moins favorisé; quelques-unes ont lieu au printemps ; très peu en hiver. Peut-être y a-t-il lieu, dans l'appréciation de ces données, de tenir compte de ce fait que la manie éclate de préférence au printemps et pendant l'été, ce qui explique tout naturellement pourquoi elle guérit surtout en automne.

Les rechutes sont fréquentes dans la manie, et au fur et à mesure qu'elles se répètent, le pronostic devient plus incertain. Lorsqu'elle devient franchement intermittente, le pronostic est nettement défavorable, comme celui de toutes les folies intermittentes.

§ 8. — Diagnostic

Dans le domaine de l'aliénation mentale, l'accès de manie franche ne saurait être confondu qu'avec l'accès maniaque symptomatique d'une *paralysie générale* commençante. Tout en renvoyant au chapitre qui traite de cette dernière, nous indiquerons cependant ici les caractères principaux qui différencient les deux maladies. Chez le paralytique général, on parvient presque toujours à relever un certain degré d'hébétude intellectuelle, de démence au début. En outre, le délire du paralytique est rarement aussi étendu que celui du maniaque et revêt de préférence la forme ambitieuse. On recherchera aussi avec le plus grand soin les signes somatiques de la périencéphalite, les tremblements, l'hésitation de la parole, l'inégalité pupillaire. Dans les cas douteux il faut se résigner à attendre quelques indications de l'évolution même de la maladie, et à n'employer qu'avec circonspection les moyens de traitement perturbateurs tels que l'hydrothérapie, les bains prolongés, les opiacés, par exemple, qui

font parfois éclore avec une rapidité extrême une paralysie générale jusqu'alors latente.

La manie a été quelquefois confondue avec le *délire de la première période de la fièvre typhoïde* ou de la *pneumonie.* La manie commençante n'étant pas exclusive de toute complication fébrile, l'erreur est en effet possible. Si cependant on remonte aux antécédents, on verra que dans la fièvre typhoïde ou dans la pneumonie l'état fébrile a précédé d'un certain temps l'explosion du délire, tandis que dans la manie, les choses se passent d'une façon rigoureusement inverse.

La manie puerpérale peut être confondue avec la *fièvre typhoïde.* Cette variété de manie se complique en effet parfois et dès le début d'une fièvre vive : la langue est sèche, les lèvres et les dents fuligineuses, la peau est chaude, le mouvement fébrile subit une exacerbation vespérale. Dans ces cas, on arrivera à un diagnostic exact par un examen attentif du ventre et des seins, et par la connaissance des anamnestiques.

On voit parfois des délires maniaques se développer dans la *convalescence* des maladies aiguës et des fièvres éruptives : ce sont de véritables accès de manie qu'il n'y a pas lieu de considérer à part et qui n'offrent aucun symptôme propre.

La *méningite* peut, tout à fait au début, être prise pour un accès de manie. Mais dans cette maladie encore la fièvre est antérieure au délire et les symptômes qui lui sont propres, la céphalalgie, les vomissements, le strabisme, les contractures, les paralysies suivent de trop près le début des accidents pour que l'erreur soit de longue durée.

Le *délire alcoolique* se distingue de la manie par la prédominance des hallucinations de la vue, le caractère panophobique des conceptions délirantes, et les tremblements de la langue et des extrémités.

Quant aux *délires* causés par l'absorption des *solanées*, ils s'accompagnent de vomissements, de désordres gastro-intestinaux, de dilatation des pupilles, de convulsions; et se compliquent d'hallucinations et d'illusions incessantes.

§ 9. — Traitement

La première mesure à prendre en présence d'une manie aiguë est l'isolement dans un établissement spécial. Là seulement sont réunies les conditions nécessaires pour empêcher le malade de nuire à lui-même ou à son entourage, tout en lui laissant dans la mesure la plus large, une grande liberté d'allures et de mouvements, condition éminemment favorable à l'évolution normale de la maladie. C'est dire que l'emploi systématique des moyens de contrainte et en particulier de la camisole doit être absolument rejeté. Le malade ne devra être privé de sa liberté que pendant les accès de fureur, toujours passagers, et dans les instants où il doit être l'objet de soins spéciaux, ou lorsqu'il a contracté l'habitude de se mettre en état de nudité d'une façon persistante.

Au début de la manie, il existe presque toujours un état saburral des voies digestives qui doit être attaqué par les purgatifs; plus tard si la constipation s'établit, elle sera combattue par les mêmes moyens. Dans les cas où il y a une tendance évidente aux poussées congestives vers le cerveau, il pourra être utile de chercher par des drastiques appropriés à produire une dérivation permanente sur le tube digestif.

Il importe de ménager avec soin les forces du malade, et de ne jamais perdre de vue que son organisme doit faire face pendant des mois aux déperditions énormes causées par l'agitation; aussi doit-on se montrer très réservé dans l'emploi des médications spoliatrices. A ce titre, les émissions sanguines sont absolument contre-indiquées dans la manie et les anciens qui en faisaient la base du traitement dirigé contre cette affection ont fini par reconnaître eux-mêmes que les saignées augmentaient l'agitation des malades, diminuaient les chances de guérison et hâtaient l'arrivée de la démence. Il est cependant quelquefois indiqué, chez les sujets pléthoriques et congestionnés, de recourir à quelques applications de sangsues ou de ventouses; encore les purgatifs remplissent-ils presque toujours le même but, et à moins de frais.

L'emploi systématique du tartre stibié à dose contro-

stimulante a été préconisé par quelques manigraphes. Marcé dit en avoir retiré de bons résultats. Il l'a essayé un grand nombre de fois à Bicêtre sur des malades violemment agités n'offrant aucune complication gastro-intestinale ; et quand la tolérance s'établissait et que les malades continuaient à se nourrir, il a vu, sous l'influence de doses qui ne dépassaient pas 50 centigrammes, l'agitation tomber en deux ou trois jours et la convalescence s'établir avec une grande rapidité.

Le moyen le plus rationnel et le plus inoffensif de modérer l'agitation des maniaques consiste dans l'emploi méthodique des bains tièdes combiné avec la réfrigération céphalique. Les bains les plus employés sont ceux qui ne dépassent pas 28 à 30° centigrades. Pour en obtenir un effet sédatif marqué, il faut les prolonger pendant au moins 3 ou 4 heures, avec légère irrigation continue sur la tête, ou application de compresses ou d'éponges trempées dans l'eau froide et souvent renouvelées. Chez les sujets robustes, la durée du bain peut être portée à six ou huit heures. Il est nécessaire de le réchauffer aussi souvent que cela est nécessaire pour entretenir la température initiale, et le malade maintenu dans ce bain prolongé doit prendre ses repas aux heures ordinaires. On doit éviter avec soin de dépasser la température de 30° sous peine de produire des effets débilitants et de congestionner les centres encéphaliques.

Les bains tièdes prolongés conviennent surtout aux maniaques jeunes et vigoureux, quand la maladie est récente et franchement aiguë. Ils peuvent être donnés fréquemment, tous les jours si cela est nécessaire. Ils procurent aux malades du sommeil et diminuent l'éréthisme général du système nerveux. On ne les emploiera qu'avec discrétion chez les maniaques âgés ou affaiblis, et chez ceux dont la maladie tend à passer à l'état chronique.

Certains médecins ont conseillé de continuer les bains dix, quinze et dix-huit heures. Brierre de Boismont laissait ses malades au bain pendant dix et douze heures en ayant soin de leur faire tomber sur la tête un filet d'eau froide. A l'aide de ce moyen, il prétendait guérir toutes les formes aiguës de la folie dans un espace de temps

compris entre une et deux semaines (1). Néanmoins cette méthode ne s'est pas généralisée et elle présente des dangers; la prostration et la faiblesse qui en résultent peuvent être fatales à certains malades, et entraîner des accidents graves et même la mort.

Nous avons, à propos du traitement général de la folie, donné notre opinion au sujet de l'usage des opiacés dans la manie. Marcé a formulé à propos de l'emploi des mêmes médicaments des préceptes d'une précision si parfaite que nous croyons nécessaire de les rapporter en détail :

« L'opium et les narcotiques sur lesquels on a beaucoup disserté, dit-il, rendent d'incontestables services dans le traitement de la manie ; mais il faut savoir choisir et le mode d'emploi et les indications. Quand l'agitation est violente, quand le sujet a le pouls fort, développé, la face congestionnée et vultueuse, l'opium ne donne aucun résultat avantageux, soit qu'on l'emploie à petite dose, soit qu'on use de doses plus élevées ; je serais même porté à le regarder alors comme nuisible, car il favorise le mouvement congestif vers la tête, et augmente l'incohérence des idées, la violence de l'agitation. *Mais l'opium devient très utile au déclin de l'état maniaque*, quand il reste seulement une grande mobilité nerveuse, de l'insomnie et une incohérence d'idées indépendante de toute excitation et semblant indiquer une sorte d'atonie des fonctions nerveuses. Dans ces cas, l'opium donné à doses progressivement croissantes ramène le sommeil, régularise toutes les fonctions en donnant du ton au système nerveux et amène une rapide amélioration. A toutes les préparations je préfère le laudanum de Sydenham et surtout l'extrait thébaïque administré en pilules ou en solution dans une potion. » La dose quotidienne pourra atteindre progressivement 50 à 60 centigrammes. Pour ma part j'ai eu rarement à dépasser cette dose que je fais administrer en deux fois dans la journée. La méthode fractionnée pourra être aussi employée; mais elle me semble devoir donner des résultats moins favorables,

(1) Brierre de Boismont, *De l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie et en particulier de la manie.* (*Mém. de l'acad. de médec.*: 1847.)

et est d'ailleurs, chez des maniaques agités, d'un emploi difficile.

Pour modérer une agitation intense et procurer au malade un peu de sommeil, on a employé la digitale, le bromure de potassium ; mais ces agents sont infidèles. On obtiendra des résultats plus certains avec la paraldéhyde et le chloral, mais ces médicaments, surtout le dernier, ne peuvent être administrés que d'une façon temporaire. De faibles doses de chloral continuées pendant une ou deux semaines suffisent chez certains sujets à amener un affaiblissement du cœur qui peut mettre en danger l'existence.

L'*ergotine* a été préconisée dans les manies accompagnées de phénomènes congestifs.

L'*hyoscyamine* a été aussi employée dans la manie, surtout à l'étranger. Elle déterminerait une sédation marquée des phénomènes nerveux et moteurs sans modifier l'état des facultés intellectuelles et le délire. Son action serait passagère et la dose, pour retrouver tout son effet, devrait être augmentée. C'est un médicament dangereux dont on ne peut se servir que dans les cas de manie exempts de toute complication et chez les sujets robustes.

Les *révulsifs* sont surtout indiqués lorsque la manie est passée à l'état chronique et menace de dégénérer en démence. On a employé le moxa, le cautère à la nuque, le séton et les frictions stibiées sur le cuir chevelu. Le cautère et le séton me semblent seuls devoir être conservés; encore ne doivent-ils être mis en usage qu'en présence d'indications très nettes et chez les sujets vigoureux.

Enfin le régime et l'hygiène des maniaques doivent être surveillés avec soin à toutes les périodes de la maladie. Des aliments substantiels et d'une digestion facile leur seront libéralement accordés, de façon à satisfaire leur appétit en général très développé; on y joindra une boisson tonique, surtout le vin. En cas de complication fébrile, la diète lactée, vantée par Baillarger, pourra rendre des services. Ils seront convenablement vêtus suivant la saison et maintenus pendant la plus grande partie de la journée en plein air, dans des cours spacieuses suffisamment abritées contre le soleil.

CHAPITRE II

MÉLANCOLIE

§ 1. — Définition

La mélancolie est une affection cérébrale caractérisée par un trouble général de l'intelligence avec délire de nature triste et dépression plus ou moins grande de toutes fonctions nerveuses et organiques.

Le délire triste et la dépression, qui forment les éléments constituants de la mélancolie, s'associent, suivant les cas, dans des proportions inverses, de telle sorte que quand le délire est très actif la dépression est peu considérable; tandis que plus cette dernière est accentuée, moins les idées délirantes ont d'énergie et de précision. Quand la dépression va jusqu'à la stupeur, le délire devient confus, et se perd dans le vague du rêve ou du cauchemar.

§ 2. — Causes

Mentionnons en premier lieu l'influence capitale de la *prédisposition héréditaire*: c'est dans la mélancolie que les faits d'hérédité similaire et homochrone se rencontrent le plus fréquemment.

Une *émotion morale* vive et subite peut quelquefois déterminer l'explosion inopinée d'un délire mélancolique qui ne tarde pas à dégénérer en stupeur, mais ce début brusque ne s'observe que dans des cas exceptionnels. Ordinairement la maladie n'éclate qu'après une longue période d'incubation pendant laquelle la résistance cérébrale a été lentement sapée par des influences multiples qui peuvent être rattachées à trois groupes : 1° les chagrins, les soucis prolongés et la misère; 2° les impressions violentes laissant l'esprit frappé et en proie aux idées fixes ; 3° les troubles nerveux périphériques avec retentissement psychique d'un caractère pénible.

Le premier groupe est le plus important. Les causes les plus ordinaires de la mélancolie, sont en effet les chagrins répétés, les luttes morales prolongés, tout ce qui est de nature à entretenir une tension douloureuse de l'esprit et de la sensibilité morale.

Ensuite viennent les fatigues, les privations, une alimentation insuffisante, les maladies aiguës ayant entraîné une profonde débilitation de l'organisme, les pertes de sang; en un mot toutes les causes qui ont pour résultat de déterminer l'anémie et l'épuisement nerveux. C'est avec raison que Marcé, à propos de ces actions lentement dépressives, fait observer l'analogie qui existe ici entre la nature de la cause et la nature de la maladie.

§ 3. — Symptomes

Les *prodrômes* de la mélancolie sont une insomnie rebelle ; une tristesse envahissante ; l'apparition des idées obsédantes qui plus tard dirigeront le délire, et qui torturent le malade longtemps avant que son entourage puisse s'en apercevoir ; des céphalalgies de nature variable ; l'altération de la nutrition, l'amaigrissement, des troubles de la digestion et un embarras gastrique rebelle. Peu à peu les conceptions délirantes deviennent irrésistibles et entraînent de l'agitation.

Les *troubles intellectuels* de la mélancolie consistent en une dépression douloureuse et profonde de l'intelligence qui devient incapable d'aucun effort spontané ; en un sentiment de fatigue physique et morale, de dégoût, de découragement, d'indifférence générale auxquels viennent se joindre une inquiétude croissante, de l'anxiété d'abord passagère et des conceptions délirantes variables d'aspect, mais très analogues au fond chez les divers sujets. Ce sont des idées de culpabilité, d'indignité, de ruine, de maladie, de mort prochaine. Les malades s'accusent d'avoir commis des fautes impardonnables, des crimes odieux ; d'être la honte de leur famille, de causer sa ruine, son déshonneur et sa perte. On va les juger, les condamner ; ils sont entourés de bourreaux ; on fait les apprêts de leur supplice. Ils ont offensé Dieu, manqué à leurs devoirs religieux ; ils sont damnés, voués à l'enfer ; jamais leurs

péchés ne leur seront remis, le démon va les emporter. Les moindres actes repréhensibles de leur vie entière leur reviennent à l'esprit, prennent des proportions démesurées, et augmentent leur angoisse et leurs craintes. Ou bien le délire a trait à des persécutions imaginaires : On leur veut du mal, on les méprise, on médite leur perte ; mais à l'encontre du véritable persécuté, ils ne songent pas à s'en plaindre, car ils sont de grands misérables et on ne peut rien leur faire qu'ils n'aient mérité. D'autres se croient ensorcelés, au pouvoir du démon, ils ne guériront jamais, on ferait mieux de les tuer tout de suite. Peu à peu leurs idées deviennent confuses, leur perplexité augmente, il n'est rien qui, pour eux, ne soit obscur, embrouillé, inquiétant, et ils ont peur de tout sans pouvoir dire pourquoi, sans pouvoir assigner un motif à leurs craintes.

Les *illusions* et les *hallucinations* sont fréquentes, et sont presque toujours l'occasion de crises panophobiques. Au début, les malades trouvent inusités et inquiétants tous les bruits qu'ils entendent : si on frappe, c'est leur échafaud qu'on dresse ; si on crie, ce sont leurs parents, leurs enfants qu'on égorge. Dans leurs insomnies ils voient des traits de feu, des formes vagues, fantastiques traverser l'obscurité. Peu à peu les phénomènes se précisent ; ils entendent des voix qui les menacent d'un châtiment prochain, qui les injurient, leur commandent des actes dangereux ; ils voient des animaux effrayants, des diables noirs ; ils sentent des odeurs sulfureuses, cadavériques ; le goût de substances répugnantes ou toxiques ; et, arrivés au paroxysme de l'angoisse et de la terreur, ils prennent la fuite, cherchent à se tuer, ou tournent leur fureur inconsciente contre leur entourage.

Comme conséquence de leur délire, pour échapper au déshonneur, à un supplice ignominieux, éviter la honte à leur famille, les malades sont incités au *suicide*. L'intensité de l'impulsion varie beaucoup suivant les sujets. Les uns expriment le désir de se tuer, mais n'en ont ni le courage ni la force. Leurs tentatives sont vaines et comme puériles, ils entassent dans leurs poches couteaux, morceaux de verre, épingles, cordes et ne s'en servent que pour se faire quelques égratignures insignifiantes ou pour

procéder à quelque simulacre de strangulation. D'autres, soudainement en proie à un raptus mélancolique d'une grande violence, se pendent, se poignardent, se mutilent, se précipitent avec une rapidité instantanée. Enfin, il en est qui dans le cours d'un accès panophobique trouvent la mort en se jetant à l'eau ou en se précipitant d'une fenêtre. Il s'agit dans ce cas d'un accident, et non d'un suicide. Certains mélancoliques, à délire religieux principalement, ont aussi des impulsions à l'*homicide;* on en a vu tuer dans le but de mourir sur l'échafaud, et de s'assurer ainsi l'état de grâce à l'heure de la mort; d'autres tuent leurs parents, leurs enfants, pour leur épargner les tourments d'une vie misérable, ou la damnation éternelle.

Une autre conséquence presque constante du délire des mélancoliques est le refus d'aliments. Ils refusent de manger parce qu'ils sont ruinés, qu'ils ne pourront payer; ou parce qu'ils sont indignes, que ce qu'on leur offre est trop bon pour eux ; ou encore parce qu'ils ont peur d'être empoisonnés. Les uns n'acceptent que des aliments grossiers, la soupe, le pain et l'eau; les autres refusent tout ce qu'on leur offre, mais n'opposent qu'une faible résistance aux tentatives que l'on fait pour les alimenter et se laissent nourrir comme des enfants.

Les *troubles de la sensibilité* sont constants dans la mélancolie. Les centres récepteurs des sensations sont troublés, de sorte que tout en étant exactement perçu, le monde extérieur n'est plus senti comme autrefois. Ce qui impressionnait agréablement les malades les affecte maintenant d'une façon douloureuse ; les personnes qu'ils chérissaient deviennent l'objet de leur indifférence ou de leur aversion. Leur humeur s'est aigrie ; leur caractère s'est transformé, ils se sentent en quelque sorte séparés du monde extérieur.

Certains malades présentent en outre de l'anesthésie des régions psycho-sensorielles et la représentation mentale des choses ou des personnes qui leur sont les plus familières leur est devenue impossible (1).

Les désordres de la sensibilité générale sont nombreux

(1) J. Cotard, *Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse*. (*Archiv. de Neurolog.*, 1884.)

et variés. L'analgésie est fréquente et favorise les mutilations que certains malades se font subir avec une exaltation qui semble s'accompagner d'une certaine volupté. Les sensations musculaires sont fréquemment abolies, ce qui explique les attitudes bizarres et irrationnelles que prennent certains malades. L'anesthésie des muqueuses digestives permet à d'autres d'absorber toutes sortes de corps étrangers.

On observe parfois une hypéresthésie qui rend toutes les impressions douloureuses. Certains mélancoliques éprouvent, en outre, des sensations pénibles de nature névralgique à la surface de la peau, dans divers organes, dans tout le corps.

Les désordres de la sensibilité engendrent des conceptions d'une nature spéciale composant un *délire hypocondriaque* de forme grave. Les uns prétendent que leur gorge est bouchée, que leurs intestins sont rétrécis ou obstrués, qu'ils ne peuvent plus uriner, que leur corps tombe en décomposition, exhale des odeurs putrides. D'autres n'ont plus ni cerveau, ni nerfs, ni poitrine, ni estomac, ni boyaux; leur corps se transforme, ils changent de sexe, sont changés en animaux ; d'autres n'ont plus de bras, plus de jambes, plus de tête, leur cœur est arrêté, leur corps est vidé, ou a entièrement disparu; alors ils se disent morts et tombent dans une immobilité complète. Ce délire peut s'étendre aux idées purement abstraites et métaphysiques. Quelques-uns, en effet disent n'avoir plus de nom, plus d'âge, ils ne sont pas nés; ils n'ont plus d'âme ; pour eux, rien n'existe plus et le monde extérieur tout entier n'est plus qu'une vaine apparence ; il n'y a plus de Dieu, plus de démon, plus d'enfer. Comme conséquence logique de ces conceptions délirantes, le *délire des négations* (1) ainsi qu'on l'a appelé se complique d'idées d'immortalité; n'étant plus rien, les malades ne peuvent plus mourir, ils vivront éternellement, ils endureront le supplice d'être enterrés vivants et de continuer dans la tombe leur existence indéfinie. Une anxiété extrême est inséparable de ces conceptions délirantes.

Les négateurs refusent en général avec obstination les

(1) J. Cotard, *Arch. de Neurologie*, 1882.

aliments, parce qu'ils n'ont plus d'estomac et que leurs voies digestives sont bouchées. Ils présentent, en outre, ce que Guislain a appelé la *folie d'opposition*, c'est-à-dire une tendance invincible à s'opposer à tout, à résister à tout ce qu'on veut leur faire faire.

Les troubles de la sensibilité viscérale engendrent des idées délirantes bizarres. Certains s'imaginent avoir dans le ventre des animaux qui leur rongent les entrailles, des serpents, des grenouilles ; d'autres se plaignent de servir d'habitation à des personnes et même à des abstractions, comme cette mélancolique qui croyait loger un concile dans ses entrailles.

Les *symptômes somatiques* de la mélancolie sont nombreux et caractéristiques et comme les symptômes d'ordre moral et intellectuel, portent en général le cachet de la dépression.

Les traits, douloureusement contractés, reflètent l'anxiété, la crainte, le désespoir, en un mot les sentiments douloureux auquel les malades sont en proie et semblent immobilisés, pétrifiés en quelque sorte, dans l'expression de ces divers états de souffrance.

L'attitude est affaissée, les mouvements lents, lourds, comme embarrassés par des liens invisibles ; la marche est traînante, les pieds semblent avoir de la peine à s'arracher du sol. Les uns restent immobiles, les yeux fixes, les sourcils froncés, la tête penchée, gardant un mutisme obstiné ou ne faisant entendre que de profonds soupirs ; les autres circulent sans but, en poussant des gémissements, en se lamentant, ou en articulant des formules bruyantes de désespoir ; et, peu à peu, en proie à une agitation croissante, ils poussent des cris, font des gestes désespérés, s'arrachent les cheveux, se tordent les bras, ou se livrent à des mouvements automatiques et monotones, comme de se frotter indéfiniment les mains, le front ou la face, mouvements qui trahissent l'angoisse à laquelle ils sont en proie.

La plupart sont incapables de se vêtir, de se nettoyer, de prendre le moindre soin de leur personne ; il faut les faire manger, les diriger, les conduire, et ils opposent dans certains cas une résistance acharnée à tout ce qu'on exige d'eux. Quelques-uns gardent obstinément

le lit, dans une prostration et une immobilité complètes.

Tantôt les membres sont flasques et obéissent à tous les mouvements qu'on leur imprime, tantôt ils offrent une certaine raideur et ont une tendance à se contracturer dès qu'on veut les faire mouvoir. Chez certains stupides, il existe une sorte d'état cataleptoïde qui maintient le corps entier dans une raideur généralisée. Les mouvements spontanés perdent de leur force et de leur régularité, et il existe chez quelques malades des mouvements vermiculaires de la langue, du tremblement dans le sillon naso-labial au moment où la bouche s'ouvre pour parler, et par suite un peu d'hésitation de la parole. Ces symptômes, signalés principalement par Marcé, ont une grande importance au point de vue du diagnostic, la stupeur mélancolique simple et la paralysie générale à forme dépressive pouvant quelquefois être prises l'une pour l'autre.

La voix est basse, parfois éteinte et comme étranglée. La parole est lente, monotone, et rare. Il faut stimuler vivement certains malades pour obtenir d'eux quelques monosyllabes ; d'autres gardent un mutisme obstiné qu'aucune excitation ne peut vaincre.

Quand la dépression atteint un degré extrême, il y a excrétion involontaire de l'urine et des matières fécales.

L'insomnie est constante et se montre en général très rebelle. Quand elle est incomplète, les malades sont assaillis par des cauchemars et des hallucinations terrifiantes qui redoublent leur angoisse.

Le *pouls* (fig. 1 et 2) chez les mélancoliques varie suivant l'état général du malade, l'intensité du délire et sa forme, l'existence ou l'absence d'hallucinations. Il existe en général un degré plus ou moins prononcé de sthénie artérielle, qui rétrécit le calibre des vaisseaux et substitue une rigidité plus ou moins grande à leur élasticité normale. Comme fréquence, il varie dans d'énormes proportions. Il est d'autant plus lent que la dépression est plus ancienne ou plus profonde ; il est d'autant plus fréquent que le délire est plus aigu, plus anxieux, plus hallucinatoire.

La *respiration* subit des modifications importantes dans son rythme et sa fréquence. Dans la stupeur, d'après Marcé, qui a fait de cette fonction chez les mélancoliques

une étude spéciale (1), au lieu de se faire avec ampleur et régularité, et de s'accompagner d'un soulèvement régulier des parois thoraciques et d'un murmure vésiculaire perceptible à l'auscultation, l'inspiration est superficielle et incomplète, tantôt fréquente, tantôt plus lente, mais saccadée et comme composée d'une série de petites inspirations successives.

Fig. 1. — Jeune fille, 21 ans. Mélancolie religieuse aiguë. Sthénie vasculaire avec contractions énergiques du cœur. Forte tension artérielle.

Fig. 2. — Femme, 60 ans. Mélancolie anxieuse avec tendance à la stupeur.

Le rapport qui existe entre le nombre des inspirations et celui des pulsations à l'état normal est altéré dans la mélancolie; le nombre des inspirations est de beaucoup inférieur à la moyenne physiologique. L'équilibre se trouve ainsi rompu entre la quantité de sang que le cœur envoie au poumon et la quantité d'air inspirée; d'où un trouble permanent de l'hématose et un défaut d'oxigénation qui se traduit au-dehors par la cyanose des mains, du nez, des lèvres; l'œdème et la bouffissure de la face, qu'on observe aussi quelquefois; le refroidissement des extrémités, la langueur de toutes les fonctions, en un mot un état d'asphyxie incomplète.

Les *fonctions digestives* sont constamment altérées chez les mélancoliques. Au début, il y a un embarras gastrique persistant; plus tard les troubles gastriques sont entretenus par l'abstinence volontaire et quelquefois la *coprophagie*. La coprophagie n'est pas, comme on pourrait le supposer, habituellement causée par une perversion du goût, mais bien par des conceptions délirantes. Les mélancoliques, en effet, mangent leurs excréments soit dans un

(1) Marcé, *Archives de médecine*, juillet 1855.

but de pénitence et d'expiation, soit parce qu'ils supposent qu'en ne les faisant pas disparaître, ils s'exposent aux plus grands malheurs, soit encore parce qu'ils s'imaginent récupérer ainsi les forces vitales que leur enlève incessamment l'acte de la défécation.

Certains malades ont les lèvres et les gencives fuligineuses, les narines pulvérulentes, la langue sèche ou chargée d'un enduit saburral. L'appétit est constamment diminué, et la quantité de nourriture absorbée souvent insuffisante en raison des scrupules délirants qui s'emparent du malade. Il en résulte une altération progressive de l'état général, à laquelle vient encore contribuer une assimilation imparfaite, conséquence de la langueur des fonctions digestives.

La *constipation* est un phénomène constant ; elle est le résultat et de la faible quantité d'aliments ingérés, et du défaut de sécrétions intestinales, et de l'anesthésie du tube digestif, et enfin dans quelques cas, des idées délirantes du malade qui s'abstient systématiquement de céder aux besoins d'exonération qu'il éprouve, dans la crainte de commettre un péché ou d'attirer sur lui des catastrophes.

Les principales *sécrétions* sont diminuées ou troublées ; la sueur est supprimée ; aussi la peau est-elle sèche, froide, rugueuse ; elle perd sa souplesse, se ride, et prend une teinte jaunâtre, terreuse, livide ; les cheveux et les ongles deviennent secs et cassants. L'urine est rare et sédimenteuse ; la salive visqueuse et épaisse s'écoule parfois involontairement chez quelques stupides et prend les caractères d'une sialorrhée véritable.

La suppression des règles est habituelle, excepté à la ménopause, où il survient parfois des hémorragies qui aggravent encore l'état des malades. Les fonctions sexuelles sont en général abolies, sauf chez quelques individus qui, en proie à une excitation génésique d'origine purement organique, se livrent avec fureur à la masturbation.

Dans les cas graves enfin, on voit les tissus et les humeurs subir des altérations profondes se traduisant par des pétéchies, des hématômes de l'oreille, et des phénomènes cachectiques variés.

§ 4. — Formes de la Mélancolie

A. — *Au point de vue de l'intensité des symptômes*, la mélancolie comporte trois formes principales : 1° la mélancolie simple, forme atténuée dans laquelle la maladie semble s'arrêter à sa première période ; 2° la mélancolie anxieuse où, sous l'influence du délire, se développe une agitation spéciale, accompagnée de panophobie et d'impulsions soudaines, irrésistibles (raptus mélancolique) ; 3° la mélancolie avec stupeur, où la douleur morale acquiert une telle intensité qu'il se produit une sorte d'inhibition de la conscience et de l'activité volontaire, et ou le malade plongé dans une sorte de rêve, voisin des états hypnotiques, est le jouet passif de conceptions délirantes d'une grande intensité, ayant un caractère terrifiant et fantastique.

Mélancolie simple. — Dans cette forme, le phénomène prédominant, presque unique, est la dépression générale. Le malade se sent dominé par un sentiment profond d'impuissance, de découragement, d'inertie morale et physique. Il ne s'occupe plus de rien, cesse de vaquer à ses obligations habituelles, néglige sa toilette, oppose l'inertie la plus complète à tout ce qu'on veut exiger de lui, se confine dans quelque coin, sans parole, sans mouvement, sans gestes, le visage morne, le regard éteint, ne répondant que par quelques monosyllables péniblement arrachées aux questions qu'on lui pose. Le malade en proie à cette dépression conserve la notion nette de ce qui se passe autour de lui, il a une certaine conscience de sa situation, se rend compte que son chagrin, sa douleur morale n'est pas motivée, mais n'en est pas moins persuadé qu'elle est irrémédiable et qu'il doit y succomber. En dehors de cette conception erronée, on ne trouve en lui aucun délire proprement dit.

Chez d'autres, le délire existe, mais peu intense ; ce sont des idées d'incapacité, d'indignité, d'humilité, de fautes imaginaires. Ils finissent peu à peu par tomber dans une sorte de stupeur passive, ou par passer à la mélancolie anxieuse en raison des progrès du délire.

Mélancolie anxieuse. — Dès le début de la mélancolie anxieuse, on voit souvent le véritable caractère de la maladie se faire jour : le malade est saisi sans motif et à des intervalles irréguliers d'une angoisse indéterminée. Il éprouve une sensation pénible dans la région précordiale ou épigastrique, sensation de pression, de constriction, de douleur, sorte d'*aura* qui gagne le cerveau et détermine l'état émotionnel dont il souffre. Il est oppressé, anxieux, porté aux larmes, aux terreurs indéfinies. Ou bien son esprit s'attache subitement à quelque idée obsédante de la nature de celles dont nous avons parlé en décrivant le délire mélancolique, et qui accaparant toutes ses forces psychiques, le réduit momentanément à l'état automatique et le livre sans défense aux impulsions les plus dangereuses. En proie à son délire, le mélancolique anxieux, va et vient sans but, comme une machine; résiste désespérément à tout ce qu'on lui demande; fait des gestes et pousse des exclamations de désespoir; prononce des mots entrecoupés de gémissements où l'on saisit l'expression incomplète de ses conceptions délirantes. Chez quelques-uns, l'agitation prend des proportions plus intenses, et se présente sous forme de paroxysmes accompagnés de cris de terreur, d'hallucinations terrifiantes et d'impulsions irrésistibles du plus dangereux caractère (suicide, homicide, automutilations, etc.).

Parfois l'agitation devient si continue et si intense qu'elle revêt une sorte de cachet maniaque (mélancolie agitée), mais elle diffère ordinairement de la manie par la fixité des idées tristes. Cependant dans certains cas il se produit un véritable trouble maniaque avec loquacité incohérente et fureur passagère (mélancolie maniaque) qui cède peu à peu et disparaît pour faire place à l'état mélancolique primitif.

Mélancolie avec stupeur. — La stupeur est un phénomène banal dans les maladies mentales. On la voit survenir comme épiphénomène dans le cours de la paralysie générale et de la démence, à la suite d'accès d'hystérie et d'épilepsie, dans l'alcoolisme, etc. Dans ces diverses circonstances, elle est caractérisée par la suspension plus ou moins complète de l'exercice des facultés intellectuelles

et l'absence de tout délire. C'est là un état véritable de stupidité différant beaucoup de la stupeur mélancolique, caractérisée au contraire, comme l'a le premier montré Baillarger, par un délire très intense (1).

La stupeur mélancolique débute rarement d'emblée; elle succède le plus souvent à la mélancolie simple ou anxieuse, dont elle n'est en somme que la plus haute expression. L'aspect de l'individu frappé de stupeur est caractéristique ; les traits sont contractés et expriment la nature pénible des sensations internes qu'il éprouve; les pupilles sont ordinairement dilatées; les yeux restent fixés à terre ou s'attachent à un objet quelconque, et rien ne saurait distraire le malade de cette contemplation tout intérieure. Les uns, les mains pendantes et cyanosées restent des journées entières debout à la même place, ou assis, le menton sur la poitrine; d'autres, comme poursuivis par quelque vision effrayante ou une pensée terrible, se cramponnent à tout ce qui se trouve à leur portée. Chez tous, absence complète d'initiative et de volonté; nulle conscience du monde extérieur. La sensibilité morale est oblitérée, les divers modes de sensibilité physique analgésiés. On peut pincer, piquer, brûler la peau sans qu'ils réagissent; les actions réflexes sont suspendues, l'irritation du voile du palais ou du pharynx reste sans effet. Il existe souvent un état cataleptoïde des muscles, qui sont à demi contracturés, et entrent en contracture quand on veut les faire mouvoir. Chez quelques-uns, il y a une catalepsie véritable avec *flexibilitas cerea*.

L'anesthésie atteint le tube digestif, et les aliments séjournent un temps plus ou moins long dans l'estomac sans être digérés. La peau est bistrée, rugueuse, sèche; les sécrétions sont supprimées, sauf la salive, qui sous forme de sialorrhée, s'écoule parfois mécaniquement de la bouche des malades.

La respiration est rare et superficielle; la circulation entravée par une sthénie générale des capillaires (fig. 3 et 4); la température s'abaisse de quelques dixièmes de degré, quelquefois de 1 et même de 2° (Ball). La menstruation est suspendue d'une façon constante.

(1) Baillarger. *Ann. méd. psych.*. 1843.

Plongé dans une sorte de rêve, au milieu d'un monde imaginaire, le stupide est assailli d'illusions et d'hallucinations intenses : ce sont des précipices qui s'ouvrent sous ses pas; les objets qui l'entourent lui sont inconnus; c'est l'enfer, une contrée désolée; les personnes qui l'approchent sont des ennemis ou des bourreaux; il se voit entouré d'incendies, de flammes, de diables, de scènes de meurtre et de carnage. Quand la guérison vient mettre un terme à cet état affreux, il lui semble sortir d'un horrible cauchemar. Indifférents à tout, les stupides se laissent conduire et faire ; d'autres, frappés d'impuissance, et dominés par une force inconnue, sont en quelque sorte pétrifiés, frappés d'immobilité. Il en est qui refusent obstinément la nourriture, convaincus que c'est du sang et de la chair humaine qu'on leur présente.

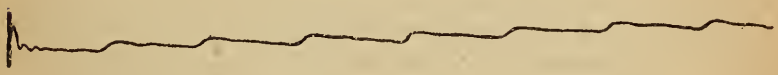

Fig. 3. — Homme, 40 ans. Stupeur mélancolique délirante.

Fig. 4.— Femme, 30 ans. Stupeur apathique. Faibles contractions cardiaques.

Chez quelques malades, le délire est moins actif, l'idéation est plus rare, plus confuse. Il ne se produit chez eux ni hallucinations, ni trouble très accentué des fonctions cérébrales, mais un sentiment de tristesse vague, d'appréhension, qui exerce une sorte d'inhibition intellectuelle. Si l'état des premiers peut être comparé au rêve, l'état des seconds peut être comparé à une sorte de demi-sommeil. L'un est la forme *active* et l'autre la forme *passive* de la stupeur mélancolique.

La stupeur n'est pas toujours continue ; elle peut être entrecoupée d'accès d'agitation maniaque tantôt intenses et bruyants, tantôt limités à quelques manifestations fugitives, telles que pleurs ou rires sans motifs, suractivité

physique inaccoutumée. On peut aussi constater le retour de l'état anxieux et des impulsions au suicide dont il faut toujours se défier.

B. — *Au point de vue du délire*, il convient de distinguer à côté de la mélancolie type que nous avons décrite précédemment, quelques formes secondaires de moindre importance, et où d'ailleurs l'élément héréditaire joue un rôle prépondérant; c'est la mélancolie religieuse, la mélancolie avec idées de persécution, la mélancolie hypocondriaque.

Mélancolie religieuse. — Cette forme de mélancolie se développe principalement aux âges critiques, à la puberté, surtout à la ménopause, véritable moment psychologique de la mélancolie. A ce point culminant de la vie, les causes morales de nature dépressive ont leur maximum d'action, et le délire, qu'elles engendrent, reflète parfois admirablement les préoccupations, les idées, les penchants ordinaires à cette âge. Ce sont des scrupules, des remords qui naissent en foule; le regret des fautes commises, la peur de ne pas faire son salut. La ferveur religieuse redouble; on multiplie les pratiques de dévotion; on ne quitte plus les églises, on change de confesseur chaque jour. Puis surviennent les hallucinations terrifiantes, les visions démoniaques, la crainte de l'enfer et les accès panophobiques; quelquefois des périodes d'extase et d'exaltation mystique à forme ambitieuse.

Mélancolie avec idées de persécution. — Cette forme ne diffère de la mélancolie ordinaire que par la nature des hallucinations et l'*objectivation* des idées délirantes. Les malades s'entendent accuser de fautes qu'ils n'ont pas commises, menacer de supplices qu'ils n'ont pas mérités; s'ils sont coupables, ils sont prêts à se repentir, à faire amende honorable, etc. Ces conceptions délirantes sont mobiles et n'ont pas de tendance à se systématiser comme dans le véritable délire de persécution.

Mélancolie hypocondriaque. — Elle se développe habituellement chez des personnes d'un tempérament névropathique, soit par suite d'une tension exagérée de l'esprit

vers le fonctionnement physiologique des organes, soit sous l'influence d'une exaltation et d'une perversion de la sensibilité générale et viscérale réagissant sur le cerveau et déterminant des troubles intellectuels en rapport direct avec les sensations exagérées et perverties. Le délire roule sur des souffrances inexprimables ou des maladies extraordinaires dont le patient se croit atteint. Il se plaint de la tête, de l'estomac, des viscères ; éprouve des sensations de brûlure ou de froid glacial; on l'a soigné d'une façon contraire à sa maladie, on a appauvri son sang au lieu de l'enrichir ; les remèdes qu'on lui a donnés lui sont contraires, et l'ont empoisonné, etc. De nombreux symptômes neurasthéniques accompagnent ce délire : anxiété et douleur précordiales, ataxie cardiaque, sensations bizarres du côté de la respiration qui font dire aux malades que leurs poumons se décrochent. Du côté des organes digestifs, des flatuosités, du météorisme, des alternatives d'anorexie et de boulimie. Du côté des sécrétions, de la polyurie, des éphidroses, des névralgies vulvaires, du vaginisme. Du côte du système locomoteur, des spasmes choréiformes, des tremblements, de la dysphagie. Enfin du côté de la sensibilité, les troubles les plus variés et les plus bizarres.

La mélancolie hypocondriaque, comme la mélancolie type, peut s'accompagner d'agitation et d'accès panophobiques d'une grande intensité avec impulsion au suicide.

Cette forme mélancolique, fréquente chez les jeunes névropathes atteints de perversions sexuelles et se livrant à l'onanisme, a reçu dans ces cas, de quelques auteurs allemands, le nom de *mélancolie des onanistes*. Elle s'accompagne soit d'idées religieuses et démoniaques, soit d'idées de persécution de nature érotique : ils palpent leurs organes génitaux, les croient le siège de désordres provoqués par des influences extérieures, par des manœuvres occultes ou une nourriture trop échauffante ou mal appropriée à leur état. Quelques-uns se livrent avec fureur à la masturbation dans le but d'évacuer un sperme vicié et malfaisant. Les troubles cérébro-spinaux accusés par les malades sont innombrables ; les accès de remords et de désespoir religieux apparaissent intercurremment sans suspendre pour cela les habitudes d'onanisme, ce qui crée un contraste des plus frappants entre le délire et les actes

qui l'accompagnent. La mélancolie des onanistes passe souvent à l'état chronique ou dégénère en démence.

§ 5. — Marche. Durée. Terminaison

La mélancolie suit rarement une *marche* continue et régulière. Après la *période prodromique*, d'une durée plus ou moins longue, survient la *période d'état*, soumise à des fluctuations incessantes, présentant des alternatives de rémission relative, et d'aggravation paroxystique. Diverses circonstances influent sur la marche des accidents; les températures excessives, le froid surtout, les époques menstruelles, l'embarras gastrique et la constipation, sont souvent le signal des recrudescences délirantes. L'anxiété de certains mélancoliques redouble à la fin de la nuit et aussitôt après le lever, pour diminuer peu à peu dans la seconde moitié du jour. Chez d'autres, au contraire, le retour de l'obscurité redouble les hallucinations et les crises panophobiques.

La *durée* de l'accès mélancolique complet n'est jamais moindre de deux ou trois semaines, et peut dépasser un an, surtout s'il se complique de stupeur. Lorsque l'amélioration doit survenir, on voit la nutrition se relever; la physionomie devient plus calme, le malade est moins indifférent à ce qui l'entoure; le délire s'estompe, l'anxiété disparaît peu à peu, les illusions s'évanouissent successivement; enfin l'activité intellectuelle fait un retour complet à la normale. Souvent même, à ce moment, observe-t-on une activité un peu exubérante, un bien être exagéré, un peu de surexcitation qui disparaît ensuite pour faire place à l'état ordinaire.

Dans quelques cas, la guérison n'est obtenue qu'à la suite d'une série de rechutes incomplètes.

Un autre mode de terminaison est le passage à l'*état chronique*. Toutes les formes de la mélancolie peuvent devenir chroniques. Dans les formes actives, les hallucinations perdent peu à peu de leur intensité sans disparaître complètement; les idées délirantes se stéréotypent dans une formule déterminée qui finit par être répétée d'une façon machinale; les gestes, la mimique mélancolique prennent une allure monotone et en quelque sorte

automatique; le malade peut se livrer à quelque occupation n'exigeant pas d'effort intellectuel. Peu à peu l'intelligence s'affaiblit, et une démence conservant une teinte du délire primitif s'établit insensiblement.

Parfois, le début de la *démence* est masqué par l'apparition de la stupeur, mais cette stupeur revêt certains caractères qui permettent d'en apprécier la juste valeur. Elle n'est pas accompagnée du délire particulier que nous avons signalé dans la stupeur mélancolique ; elle est peu profonde et revêt les dehors de l'imbécillité ; sa durée est indéfinie sans modifications notables dans sa régularité et son intensité.

Dans d'autres cas, tout en passant à l'état chronique, la mélancolie ne perd rien de son intensité; mais des symptômes graves, jusqu'alors absents, apparaissent; c'est le *délire hypocondriaque* à forme grave, le *délire des négations*, ou le *délire d'énormité*. Ce dernier est le délire ambitieux propre à la mélancolie. Chez certains anxieux, en effet, le délire de culpabilité aboutit à une sorte de pseudo-mégalomanie (1). Le malade finit par croire qu'il est satan, l'antéchrist; qu'il est la cause de tout le mal qui existe sur la terre. S'il urine, il va causer un nouveau déluge; s'il mange, le monde tout entier sera perdu. Finalement, il se croit immortel, immense, infini ; il comble à la fois le temps et l'espace, et se confond avec l'immensité de l'univers. Le délire des négations est seulement très grave; le délire d'énormité est un signe constant d'incurabilité.

Enfin, la mélancolie peut se terminer d'une manière fatale. Dans la période aiguë, la mort est causée soit par un accès de délire aigu (2), soit par une affection viscérale aiguë, comme la pneumonie gangréneuse; soit par le marasme progressif amené par le refus d'aliments. Dans la période chronique, le malade succombe aux complications viscérales et en particulier à la tuberculisation pulmonaire.

(1) J. Cotard, *Annales méd. psych.*, mai 1888.
(2) Voyez le chapitre précédent.

§ 6. — Anatomie pathologique

L'autopsie des mélancoliques ne révèle aucune lésion caractéristique. Le plus souvent on ne constate que des signes d'anémie, une décoloration plus ou moins complète des méninges et du cerveau. Dans des cas plus avancés, on trouve une véritable atrophie cérébrale portant sur tout l'organe, avec épanchement de sérosité dans les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens. Etoc Demazy (1) a prétendu que la stupeur était due à l'œdème du cerveau, mais cette lésion est plutôt d'ordre secondaire, et ne survient que dans la stupeur chronique, par conséquent ne saurait être considérée comme la cause première de cette complication. Luys (2), a signalé chez les vieux mélancoliques des foyers d'infiltration gnanulo-graisseuse disséminés dans les circonvolutions et la dégénérescence des capillaires et des cellules nerveuses (démence).

§ 7. — Pronostic

Le pronostic de la mélancolie simple est presque aussi favorable que celui de la manie. Il est un peu assombri par les dangers de la sitiophobie et des impulsions au suicide. Tandis que l'hiver aggrave l'état des malades, le retour de la belle saison est souvent le signal de la guérison.

L'âge apporte des éléments importants au pronostic. La mélancolie de la jeunesse guérit bien et radicalement ; celle de l'âge mûr laisse souvent après elle une diminution des facultés intellectuelles, ou passe à l'état chronique. La mélancolie des vieillards, développée dans un cerveau sénile et athéromateux est presque incurable.

L'apparition de la stupeur dans les cours d'une mélancolie ne modifie pas le pronostic. La stupeur, chez les sujets jeunes, guérit ; c'est la règle. Chez les malades âgés,

(1) Etoc Demasy. *De la stupidité considérée chez les aliénés :* 1838
(2) Luys, *Traité des maladies mentales.*

elle a quelque tendance à se prolonger et à se transformer en démence.

Une stupeur survenant à la suite d'une excitation intense est en général peu grave.

§ 8. — Diagnostic

La mélancolie qui se développe dans le cours d'un état puerpéral, et qui s'accompagne de fièvre, de sécheresse de la langue, d'un état saburral des voies digestives, de douleurs abdominales, peut être confondue avec la *fièvre typhoïde*. D'autre part, l'obtusion intellectuelle qui existe parfois au début de la mélancolie peut être une autre cause d'erreur de même nature. Dans le doute, on devra suspendre son jugement et observer avec soin le cours de la maladie et le développement des symptômes, qui ne tarderont pas à mettre sur la voie du diagnostic.

Certaines *paralysies générales* revêtent le masque de la stupeur mélancolique. Les malades ne sont pas seulement dans une sorte d'hébétude plus ou moins complète, mais ils peuvent être tourmentés par des hallucinations terrifiantes. C'est par la constatation des signes somatiques de la paralysie générale (inégalité pupillaire, tremblements, embarras de la parole) et par l'absurdité des idées délirantes quand on pourra les faire exprimer, qu'on arrivera au diagnostic. On notera aussi l'intégrité de la circulation périphérique et même la congestion de la face chez les stupides paralytiques.

Là où la difficulté peut être grande, c'est quand la stupeur vient obscurcir les débuts de la *démence simple;* elle revêt dans ce cas les caractères de l'hébétude, plutôt que de la stupeur délirante. Les facultés sont affaiblies, la mémoire oblitérée, le délire disparaît peu à peu. Enfin, elle se prolonge indéfiniment avec le même aspect, les mêmes caractères, tandis que la stupeur active n'a qu'une durée limitée et se termine par la guérison.

§ 9. — Traitement

Le traitement de la mélancolie doit se proposer de calmer le système nerveux et de lutter contre la tendance à la

dépression; de combattre toutes les complications qui peuvent survenir du côté des diverses fonctions organiques; d'améliorer l'état général et de relever la nutrition.

Certains mélancoliques présentent une tendance aux congestions passives du cerveau. Chez les hémorroïdaires, les femmes dont la menstruation est suspendue, une légère émission sanguine pratiquée à l'aide de sangsues à l'anus, aux extrémités inférieures ou à la nuque, diminue l'injection des conjonctives et de la face et améliore l'état de stupeur (Marcé). Toutefois, l'indication de ce moyen thérapeutique se pose rarement, en raison de l'état d'anémie où sont tombés la plupart des mélancoliques dès le début même de leur maladie. Même chez ceux dont l'état général est satisfaisant, il faut craindre de hâter l'arrivée de cette détérioration de l'économie qui est le plus grand obstacle à la guérison.

Le séton à la nuque, et surtout le vésicatoire sont employés dans les mêmes conditions. Ce dernier n'agit pas seulement comme un révulsif physique ; certains aliénistes le considèrent comme un agent de révulsion morale destiné à détourner l'attention du malade, et à ramener la sensibilité.

L'éréthisme nerveux et l'insomnie persistante demandent l'emploi des narcotiques. La paraldéhyde et le chloral, employés à faibles doses, procurent du repos et un peu de sommeil, mais l'usage de ce dernier surtout, ne peut être prolongé en raison de son action paralysante sur la circulation.

Partant de ce principe que l'insomnie dans la mélancolie est le résultat de l'anémie cérébrale, certains médecins recommandent le repos prolongé au lit, dans le but de congestionner le cerveau, et cette méthode exclusive aurait donné à Ludwig-Meyer des guérisons nombreuses et rapides.

Les opiacés sont employés avec le plus grand succès dans le traitement de la mélancolie. C'est en 1874 que, le premier en France, A. Voisin vanta les injections de morphine à dose croissante dans cette affection. Alors que les Allemands qui avaient déjà inauguré ce mode de traitement avaient pour but de combattre l'élément doulou-

reux ou névralgique si commun dans la mélancolie, A. Voisin, en l'appliquant à son tour, eut en vue l'état de spasme nerveux, de sthénie vasculaire, de tension artérielle. Cet état qui est très fréquent au début de la plupart des aliénations mentales et dans le cours des formes anxieuses, constitue à ses yeux une indication formelle à l'emploi des injections de morphine. Ce médicament agirait en faisant cesser les spasmes vasculaires et l'éréthisme nerveux ; pour obtenir ce résultat, l'auteur conseille de pousser les doses jusqu'à l'apparition des phénomènes physiologiques, rougeur de la face, nausées, vomissements, etc. (1).

Quel que soit le mécanisme de l'action de la morphine, cette action est réellement curative dans bon nombre de cas, et il ne nous a pas paru nécessaire, pour obtenir tous les effets dont ce médicament est susceptible de pousser les doses au-delà de 40 à 50 centigrammes par jour, et d'atteindre la limite toxique.

Le professeur Pierret, de Lyon, au lieu de la morphine, emploie le laudanum à doses croissantes et en a obtenu les meilleurs résultats.

Belle et Lemoine, qui préconisent ce même médicament, le considèrent comme d'un usage beaucoup plus commode que les injections de morphine. On le donne en potion jusqu'à la dose de 200 gouttes, qu'il n'est pas nécessaire de dépasser, l'amélioration étant toujours survenue avant que cette dose ait été atteinte. Il n'y a pas d'accidents à redouter ; c'est tout au plus si le laudanum amène parfois quelques malaises stomacaux sans importance. Par ce mode de traitement les auteurs précédents ont obtenu la guérison de presque tous les cas de mélancolie anxieuse auxquels ils l'ont appliqué, et même dans les cas où la guérison n'a pas été obtenue, il s'est produit une amélioration considérable permettant d'espérer une guérison ultérieure (1).

La constipation, l'inappétence, les troubles digestifs doivent être soigneusement combattus sous peine de voir

(1) A. Voisin, *Annales méd. psych.*, 1875.

(1) Belle et Lemoine, *Traitement de la lypémanie anxieuse.* (*Annales*, 1888.)

tous les autres modes de traitement demeurer inefficaces. Contre la constipation l'emploi méthodique et quotidien des purgatifs salins à petites doses ou des lavements donnera les meilleurs résultats. Souvent quand la constipation est vaincue, on voit l'appétit reparaître et les digestions redevenir normales. Quand cela sera nécessaire, on aidera à ce résultat par l'emploi des amers, du quinquina, de la teinture de noix vomique, qui agit encore en réveillant la contractilité de l'intestin et en facilitant le cours des matières.

Pour relever la nutrition, il convient de surveiller le régime du mélancolique, et de lui fournir une nourriture abondante et selon son goût. La résistance qu'opposent certains malades à toute alimentation sera énergiquement combattue et il faut, au besoin, recourir à l'alimentation artificielle avant que l'inanition ait aggravé l'état du malade. L'emploi des ferrugineux, des reconstituants et des stimulants, boissons alcooliques, éther, café noir, sont des moyens adjuvants qu'il ne faut pas négliger et dont l'efficacité est réelle.

Lorsque l'état général le permet et que la nutrition semble se réveiller, l'hydrothérapie employée prudemment favorise la convalescence et le rétablissement complet des fonctions organiques. Le drap mouillé, les lotions, les affusions, la douche en jet brisé répondent à ces indications. Il importe de surveiller attentivement la réaction, et de l'aider par les frictions sèches, l'enveloppement dans des couvertures, l'exercice, car elle ne se produit que lentement chez le mélancolique déprimé, et si on néglige de la faciliter par les moyens que nous venons d'indiquer, le malade reste exposé aux congestions viscérales.

A titre de stimulant général, j'emploie fréquemment le bain sinapisé et je n'ai qu'à me louer de cet agent. Il active les fonctions de la peau, si languissantes chez les mélancoliques, excite les extrémités nerveuses et donne à la circulation une activité puissante, des plus favorables aux échanges nutritifs. On a conseillé dans le même but, l'urtication et l'électricité. En flagellant tout le corps avec un paquet d'orties, Marcé dit avoir obtenu une éruption qui, dès la seconde ou la troisième séance, était le siège

d'un prurit intense et qui a réagi favorablement sur le réveil des fonctions nerveuses. La faradisation de la peau et des muscles a été préconisée dans le même but et semble avoir été suivie, entre les mains de quelques pratriciens, d'effets favorables. Ces moyens sont douloureux et ne peuvent, nous semble-t-il, être autorisés que lorsque tout autre mode de traitement est resté sans résultat.

A ces divers procédés physiques il faut ajouter le traitement moral, c'est-à-dire l'isolement, une surveillance incessante dirigée principalement contre les idées de suicide, et le repos absolu du malade. Le médecin se contentera de lui témoigner de l'intérêt et de chercher à gagner sa confiance ; il évitera les exhortations, les blâmes, les discussions oiseuses et l'intervention toujours dangereuse des parents et des amis persuadés que leur seule vue va radicalement guérir le malade. Dans la période aiguë, les voyages, les distractions, les spectacles doivent être interdits; ils ne font que torturer le mélancolique et redoubler son agitation et ses conceptions délirantes. Ces moyens doivent être réservés pour la convalescence.

CHAPITRE III

FOLIE PÉRIODIQUE

§ 1er. — Généralités

L'accès de manie ou de mélancolie peut être un accident isolé, unique, dans le cours de l'existence; mais le fait est rare. Un homme a dans sa jeunesse un accès franc de manie aiguë qui disparaît au bout de quelques semaines sans laisser de traces. Il se marie, a des enfants, prend comme tout le monde sa part des joies et des peines de la vie, se tire heureusement de maladies plus ou moins graves. Trente ans se passent, et sous l'influence d'une cause quelconque, un second accès de manie aiguë vient interrompre la prescription qui lui semblait acquise. Si un intervalle de trente ans entre la première atteinte du mal et la rechute est exceptionnel, des rechutes au bout de dix, quinze et vingt années sont communes.

Que la période de lucidité se raccourcisse encore, que les accès se rapprochent, et nous nous trouverons en présence d'un groupe nombreux, homogène, celui des folies intermittentes. Ce groupe a fait l'objet d'études sérieuses, et a été à son tour divisé en quelques sous-groupes qui méritent, au point de vue clinique, une description spéciale.

Esquirol, le premier, a donné une description succinte, mais nette, de la folie intermittente sous sa forme la plus simple.

«... Les accès reviennent tous les huit jours, tous les mois, tous les trois mois, deux fois l'année, tous les ans, tous les deux, trois ou quatre ans. Les accès éclatent spontanément et sans autres causes connues que l'époque, la saison, l'année où les accès antérieurs ont eu lieu; ou bien ils sont provoqués tantôt par les mêmes causes qui ont produit les mêmes accès, tantôt par des causes différentes. Les accès sont ramenés tantôt par des affections morales, par des dérangements physiques, tels que l'em-

barras gastrique, la constipation, la céphalalgie, ou par des maladies accidentelles, etc. En général, les accès se terminent brusquement et quelquefois sans crise. Ordinairement, pendant l'intermittence, le retour aux idées, aux affections, aux habitudes de la santé est complet. Cependant il reste des symptômes qui prouvent que l'accès n'a pas eu une solution complète (1). »

Il ajoute dans un autre passage qu'il n'est pas rare de voir la manie et la mélancolie alterner d'une façon très régulière, mais, pas plus que Willis (2), qui, longtemps avant lui, avait noté chez certains aliénés l'alternance de l'accès maniaque et de l'accès mélancolique, il ne songe à considérer la succession de ces deux formes comme un syndrôme unique, l'accès complet d'une affection distincte.

Griesinger (3) dès 1845, regardait comme très ordinaires la transition de la mélancolie à la manie et l'alternance de ces deux formes, mais il n'en fit pas une description spéciale.

Le premier en 1851, dans ses *Leçons cliniques*, J.-P. Falret songea à séparer de la folie intermittente un type nouveau caractérisé par ce cycle des formes maniaque et mélancolique. « La transformation de la manie en mélancolie, et réciproquement, dit Falret, a été signalée dans tous les temps comme un fait accidentel, mais on n'a pas assez remarqué, ou du moins on n'a pas dit d'une manière expresse, qu'il existe une certaine catégorie d'aliénés chez lesquels cette succession de la manie et de la mélancolie se manifeste avec continuité et d'une manière presque régulière. Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme particulière de maladie mentale que nous appelons *folie circulaire* parce que l'existence de ce genre d'aliénés roule dans un même cercle d'états maladifs qui se reproduisent sans cesse, comme fatalement, et ne sont séparés que par un intervalle de raison de courte durée (4). »

En 1854 (5), Baillarger montra que chez les malades de

(1) Esquirol, *Maladies mentales;* 1838.
(2) Th. Willis, *opera omnia;* 1687.
(3) Gresinger, *Traité des maladies mentales*, 1re édition allemande; 1845.
(4) J. P. Falret, *Leçons cliniques de médecine mentale;* 1854.
(5) Baillarger, *Bulletins de l'Acad. de médecine;* 1854.

cette catégorie, il n'y avait réellement pas d'intervalle lucide entre la période maniaque et la période mélancolique ; que l'association de ces deux périodes constituait un accès, et que l'intermittence de lucidité, quand elle existait, ne se manifestait qu'après l'évolution complète de l'accès mélancolico-maniaque, ce qui lui fit désigner la maladie sous le nom de *Folie à double forme.*

Mais il existe un grand nombre d'aliénés chez qui les accès de manie et de mélancolie se succèdent sans la moindre intermittence, sans le moindre intervalle lucide. Leur maladie, en un mot, se meut indéfiniment dans un cercle vicieux; aussi pour ceux-là, croyons-nous avec Marcé (1) qu'il convient de conserver la dénomination de *Folie circulaire.*

Nous aurons donc ainsi trois formes principales de folie périodique :

1° La *folie intermittente simple*, maniaque ou mélancolique;

2° La *folie à double forme*, composée d'accès maniaques mélancoliques, suivis d'une intermittence (2);

3° La *folie circulaire*, formée d'accès maniaques et mélancoliques se suivant indéfiniment sans intervalle d'aucun genre.

§ 2. — Causes

La *prédisposition héréditaire* joue un rôle absolument prépondérant dans la genèse des Folies intermittentes. Mais il est remarquable que les malades qui en sont atteints appartiennent, en général, à une catégorie élevée d'héréditaires, et qu'avant l'invasion de la maladie, ils n'avaient présenté aucun stigmate bien net de dégénérescence; n'avaient donné aucun signe de déséquilibration mentale et semblaient doués d'une organisation psychique normale. Il est cependant un certain nombre d'intermittents qui appartiennent bien à la catégorie des dégénérés. Cette dégénérescence est révélée tantôt par l'explosion prématurée de l'affection, tantôt par la forme du délire,

(1) Marcé. *Traité des maladies mentales.*
(2) A. Ritti. *Traité clinique de la folie à double forme;* 1883.

tantôt enfin par certaines particularités psychiques qui sont caractéristiques de la déséquilibration mentale, telles que la dipsomanie, l'inversion sexuelle, un mauvais caractère. Les uns sont d'humeur acariâtre et violente; les autres sont concentrés, solitaires, vivent à l'écart et dès qu'on les voit sortir de leur retraite, c'est qu'ils vont être malades. D'autres sont instables, aiment le mouvement, les déplacements, les voyages, ont des instincts de vagabondage.

Quant aux *causes déterminantes* des accès, très souvent elles n'existent à aucun degré; l'accès de folie intermittente ou à double forme revient comme une attaque d'épilepsie, en vertu de l'impulsion acquise; le reste du temps, elles ne jouent qu'un rôle secondaire et ne sont que le prétexte qui vient faire éclater l'accès chez un individu en état d'imminence morbide. Ce sont presque toujours des causes morales, et souvent les plus banales : une altercation vive, une contrariété, un des chagrins inévitables de la vie humaine, une simple émotion. Chez deux sœurs maniaques intermittentes, le premier accès avait été causé par l'émotion qu'elles avaient ressentie la première nuit de leurs noces.

En suite, mais à distance, viennent les causes physiques, et surtout la menstruation, la grossesse, l'allaitement; les excès alcooliques et la débauche. Certaines femmes ont un accès à toutes leurs grossesses, chaque fois qu'elles allaitent, chaque fois qu'elles accouchent, etc.

Les folies intermittentes, la folie à double forme sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, et l'âge où elles font le plus fréquemment explosion est compris entre vingt et trente ans.

§ 3. — Description

L'*accès maniaque* peut revêtir les caractères de la manie aiguë franche, mais le plus ordinairement, il se présente sous la forme de *l'excitation maniaque*. Ce qui caractérise cet état mental, c'est, comme nous l'avons dit ailleurs, la surexcitation générale de toutes les facultés et le désordre des actes. Au premier abord, ces malades font plutôt penser à l'ivresse qu'à la folie. Ils parlent avec une volu-

bilité très grande, et malgré l'abondance de leurs idées, la facilité avec laquelle ils passent d'un sujet à un autre, on ne constate pas chez eux d'incohérence proprement dite. Ils récitent de longues tirades apprises autrefois par cœur, et dont ils ne se souvenaient plus avant leur maladie. Ils font des discours, improvisent des poésies, écrivent de longs mémoires, racontent des histoires interminables. Leur personnalité s'enfle jusqu'aux plus extravagantes proportions. Ils se plaisent à s'attribuer une puissance imaginaire, veulent entreprendre, réformer, édifier, fonder, et quelquefois se ruinent en spéculations ridicules. Impérieux, hautains, orgueilleux, ils aiment, s'ils sont d'un esprit cultivé, à humilier par la supériorité de leur esprit, leurs à-propos, leurs saillies ironiques et leurs sarcasmes, les gens qu'ils croient dignes de leurs attaques et susceptibles d'y être sensibles. Si on leur tient tête, ils vont jusqu'aux injures et aux grossièretés, et s'emportent jusqu'aux voies de fait. En même temps, ils se livrent à toutes sortes d'excentricités. S'ils sont libres, ils multiplient les visites, n'ont plus aucun souci des convenances, et importunent des journées entières leurs amis ou même des personnes qu'ils connaissent à peine. Ils inventent mille histoires, mille scandales ; travestissent les actions les plus naturelles et donnent à leurs calomnies un grand air de vraisemblance ; ils réussissent à établir la guerre et le désordre partout où ils se trouvent. En un mot, leurs sentiments et leurs instincts ont subi une transformation complète.

Chez les malades peu intelligents ou d'esprit peu cultivé, cette excitation maniaque aboutit à un véritable délire de grandeurs. Ils se croient appelés à remplir de hautes situations, à régénérer le monde, à réformer la politique, à sauver la patrie.

Dévorés d'un besoin d'activité incoërcible, ils se livrent à une série d'actes extravagants qui contrastent par leurs conséquences tapageuses avec la circonspection et la timidité qui leur sont habituelles. Dès le début de leur accès, la plupart se livrent aux excès de toutes sortes, surtout bachiques et vénériens ; quelques-uns sont de véritables *dipsomanes* (1). Quant aux impulsions érotiques, elles

(1) Voyez chapitre v.

atteignent chez quelques malades les proportions du satyriasis et de la nymphomanie. Les hommes fréquentent les maisons publiques ou se livrent à l'onanisme, les femmes manifestent par leur toilette, leur tenue, leur langage, les idées lubriques qui les hantent et quelquefois se livrent au premier venu.

L'aspect extérieur des malades a un cachet particulier : ils s'habillent d'une façon excentrique ou disparate, s'affublent d'accoutrements ridicules et d'oripeaux ; mettent leurs vêtements à l'envers, en retouchent sans cesse les coutures et les proportions ; les traits sont mobiles, animés, les yeux brillants, la face colorée. L'insomnie est habituelle, et néanmoins ils accusent un grand sentiment de bien-être. L'appétit est augmenté, la circulation et la respiration sont activées, il se produit une sorte d'hypernutrition révélée par une augmentation rapide du poids du corps, contrairement à ce qui se passe dans la manie ordinaire.

Dans quelques cas exceptionnels, la période maniaque s'accompagne de délire ambitieux et d'un léger embarras de la parole qui simule le début de la paralysie générale.

L'accès peut atteindre au paroxysme de la manie aiguë, mais dans d'autres cas, il reste dans les limites d'une légère surexcitation mentale compatible avec la vie commune. Certains fous circulaires véritables passent pour de simples lunatiques d'humeur inégale, tantôt gais, tantôt moroses. Baillarger cite un membre de l'Institut qui malgré une folie à double forme dont il était atteint, continuait à prendre part aux séances de la compagnie : tantôt il était triste et muet, tantôt il se montrait causeur infatigable, ergoteur acharné.

L'*accès de mélancolie* est constitué le plus souvent par de la dépression simple, dépression qui peut-être des plus légères ou aller jusqu'à la stupeur profonde. Les malades sont tristes, résignés, indifférents, apathiques, ils cherchent à s'isoler, à se soustraire au contact du monde. Ils deviennent passifs, négligent leur maison, leurs occupations, leurs intérêts. De prodigues ils deviennent avares et ont peur de manquer.

Dans d'autres cas, les symptômes sont plus accentués, ils ont des craintes non motivées, des idées de culpabilité

et de persécution ; éprouvent de l'angoisse, des hallucinations terrifiantes et des impulsions au suicide.

Enfin, l'accès peut revêtir les symptômes d'une stupeur véritable, stupeur passive, non délirante; le malade semble transformé en une statue, il n'a plus aucune initiative propre ; il faut le conduire, le faire manger, l'habiller ; n'a plus conscience de ses besoins naturels. Il se produit un amaigrissement rapide, des troubles gastro-intestinaux, de la cyanose, des mains et du visage, parfois même de l'asphyxie locale des extrémités, et dans quelques cas de la sialorrhée et de la sitiophobie.

Même dans le cas de dépression incomplète, le regard est terne, les traits inertes, comme figés, la voix éteinte. La digestion est pénible, la constipation habituelle. Le sommeil peut être conservé. Il y a parfois un ralentissement de la circulation tel que le pouls tombe à 25 ou 30 pulsations (fig. 5).

Fig. 5. — Homme, 45 ans. Stupeur de la folie à double forme, 36 pulsations irrégulières.

§ 4. — Formes

Folie à double forme. — Elle ne se manifeste habituellement qu'après plusieurs accès isolés de manie ou de mélancolie, mais une fois le cycle constitué, il se déroule d'une façon uniforme et les accès se suivent en se ressemblant.

La manie et la mélancolie peuvent indifféremment servir de point de départ à l'affection, et la transition de l'une à l'autre s'opère tantôt d'une façon brusque, tantôt d'une façon lente et graduelle, de telle sorte qu'il arrive un moment, d'ailleurs éphémère, où l'intelligence semble en équilibre (intervalle lucide de Falret). Mais en réalité, il n'y a pas d'arrêt, de suspension véritable, et la seconde phase de l'accès se développe immédiatement. Une fois les deux périodes qui constituent l'accès accomplies, il se produit alors un véritable intervalle lucide, dont la durée est proportionnelle à l'accès lui-même.

Dans quelques cas très rares, d'après le même auteur, on observe un troisième mode de transition, qu'il nomme la transition *par oscillations successives :* le passage de l'excitation à la dépression ou inversement ne se fait qu'à la suite d'alternatives rapprochées de manie et de mélancolie.

Enfin, contrairement à l'opinion de Baillarger, on admet un quatrième mode d'évolution dans lequel un intervalle lucide existe entre les deux périodes de l'accès : ce dernier est alors composé de la manière suivante :

Accès { Mélancolie.
Intervalle lucide.
Manie. }

Selon J.-P. Falret et Ludwig Meyer, ce mode d'évolution serait des plus fréquents. La folie, ainsi constituée, répond bien au nom de *Folie à formes alternes*, que lui ont donné quelques auteurs (1).

Rien n'est plus variable, d'ailleurs, que la durée des deux périodes. Dans certains cas, on a constaté qu'elle ne dépassait pas deux jours ; dans d'autres, elle sera de huit jours, un mois, six mois, un an et davantage. Dans quelques cas rares, elle aura plusieurs années de durée. Ce fait se produit surtout quand la maladie vieillit. Dans quelques cas, les phases morbides suivent l'ordre des saisons : à l'hiver correspond une période de mélancolie ; au printemps, une période de manie, etc.

Selon Baillarger, la durée des deux périodes est d'autant plus égale que les accès sont plus courts ; mais en général elles sont inégales, et la période de dépression l'emporte.

On distingue un peu arbitrairement deux degrés dans l'intensité de l'affection : 1° l'accès de manie et l'accès de mélancolie sont très légers ; 2° l'accès de manie prend la forme aiguë et l'accès de mélancolie la forme anxieuse. En réalité, il n'y a guère de relation entre l'intensité et la longueur des deux périodes maniaque et mélancolique. De même qu'à une période maniaque d'intensité légère

(1) J. Falret, *Archives de médecine :* 1879.

peut correspondre une période de stupeur profonde, de même une période de manie très courte peut être suivie d'une période mélancolique très prononcée.

Les individus atteints de folie à double forme, présentent communément dans les périodes avancées de leur maladie des accidents congestifs qui se traduisent par de légères attaques apoplectiformes, plus rarement épileptiformes. Ces attaques sont précédées de congestion de la face, d'embarras momentané de la parole ; s'accompagnent parfois de légers mouvements convulsifs et de paralysies partielles ordinairement passagères. Elles se produisent pendant la phase d'agitation. C'est à elles qu'il semble indiqué d'attribuer la mort subite dont sont parfois frappés ces malades (1).

Folie circulaire. — Dans la folie circulaire, l'accès mélancolico-maniaque n'est pas suivi d'intervalle lucide ; les accès se succèdent dans une sorte de rotation indéfinie. En général, le début est brusque, l'accès maniaque est intense et se caractérise par une volubilité extraordinaire, une véritable *logorrhée*, accompagnée d'une gesticulation désordonnée ; l'accès mélancolique revêt la forme stupide. La durée des deux accès est aussi variable que dans la folie à double forme.

Folie intermittente. — Les cas de folie intermittente peuvent être divisés en trois groupes que nous examinerons rapidement.

1° Un premier groupe comprend les malades dont les accès sont très éloignés et séparés par des intervalles lucides de longue durée. Quand l'accès se produit, on songe plutôt à une rechute qu'au retour agressif d'une maladie préexistante, et sa symptomatologie se rapproche davantage de celle de la forme type, manie ou mélancolie. Le retour de ces accès est lui-même, dans une certaine mesure, soumis à l'action des causes occasionnelles : émotions, troubles menstruels, époques climatériques, etc.

2° Dans la seconde catégorie, les intervalles de lucidité sont encore plus longs que les périodes d'aliénation,

(1) Ritti, *Traité clinique de la folie à double forme ;* 1883.

mais la somme des uns et des autres tend à s'équilibrer de plus en plus. Les aliénés de cette catégorie forment pour les asiles une sorte de clientèle spéciale; ce sont des habitués dont le retour peut être prévu d'une façon presque mathématique, quand on connaît leurs antécédents. Il est telle aliénée qui, à moins de soixante ans, a fait dans un asile quinze séjours successifs, constituant ensemble, une durée de sept années, ce qui fait à peu près le cinquième de son existence à partir du premier accès. Telle autre est venue à treize reprises différentes; son accès maniaque est très court, guérit, et la malade s'en retourne chez elle pour revenir à peu près régulièrement tous les trois ans.

J'ai relevé pour un certain nombre de ces malades, entre deux époques déterminées de leur vie — leur premier et leur dernier accès d'aliénation mentale — la somme des intervalles passés à l'asile, et la somme des intervalles passés au dehors. Bien que ces totaux ne représentent pas d'une façon rigoureuse les périodes exactes de santé et de maladie, la séquestration n'étant pas nécessaire pour certains accès légers, et pour les autres ne s'opérant pas toujours dès l'apparition des premiers symptômes, les chiffres obtenus ne manquent pas d'un certain intérêt.

	Durée des Séquestrations			Durée des intervalles passés au dehors.
1er cas	5	premières	15 mois	9 ans
2e cas	6	—	4 ans	20 —
3e cas	5	—	5 ans	11 ans 1/2
4e cas	6	—	15 ans	2 ans
5e cas	7	—	20 ans	3 ans

Ces exemples prouvent combien est variable la symptomatologie de la folie intermittente. Chez les uns, les accès sont très courts et guérissent très vite; ils laissent aux malades de longues périodes de répit et de lucidité. Chez les autres, les accès se prolongent, ne guérissent que lentement, il y a alors plus ou moins équilibre entre l'état de maladie et l'état normal. Chez les derniers, au contraire, dont l'affection se rapproche de la folie rémittente ou continue, les intervalles lucides, quoique fré-

quents, sont de courte durée, de sorte que la somme de ces derniers se chiffre par mois, tandis que celle des accès d'aliénation se mesure par années.

Les accès, dans cette seconde catégorie, se développent en général spontanément, sans cause occasionnelle. La forme de l'accès maniaque est l'excitation maniaque précédemment décrite, et la forme de l'accès mélancolique est ou la dépression simple, sans délire, avec conservation de la conscience, quelquefois accompagnée d'un sentiment profond d'impuissance et d'une anxiété vague incoërcible; ou la stupeur complète.

3° Dans la troisième catégorie, nous classons un certain nombre de cas où les accès, très courts, reviennent très fréquemment, et ne sont séparés que par des intervalles lucides eux-mêmes de très courte durée. Ils durent quelques jours, quinze jours, trois semaines, un mois au plus, et revêtent une forme très franche, soit de manie aiguë, soit de stupeur; ils débutent brusquement et cessent de même.

§ 5. — Marche. Durée. Terminaison

Le phénomène le plus frappant des folies intermittentes, celui qui contribue le plus à leur donner une existence spéciale, c'est l'uniformité des accès chez le même individu. Dans les asiles dont les intermittents forment une clientèle nombreuse, on les voit retomber les uns après les autres, chacun avec la forme caractéristique de son délire: l'un, avec son exaltation religieuse et ses allures de prophète; l'autre, avec son élocution verbeuse, ses épigrammes mordantes, ses sarcasmes frisant l'insolence, et ses protestations stéréotypées contre la loi de 1838; un autre, avec ses prétentions orgueilleuses et son attitude provocante; cet autre enfin, avec son accès franc de manie aiguë. On peut d'avance, sans qu'il y ait à cela le moindre mérite, fixer l'ordre et la marche des symptômes, la durée et le terme de l'accès.

Il arrive cependant qu'on se trompe, car il y a à la règle d'assez fréquentes exceptions. On peut se tromper non seulement sur la durée totale de l'accès, qui peut être exceptionnellement court ou exceptionnellement pro-

longé, mais encore sur la marche et la forme du délire qui change parfois de caractère. C'est ainsi que chez un maniaque intermittent, on voit survenir, au bout de nombreuses années, un accès de mélancolie aiguë de forme classique.

A côté des folies intermittentes régulières, il y en a un grand nombre qui n'affectent dans leur marche et dans la durée de leurs accès rien de régulier, et qui ne semblent obéir à aucune loi de périodicité quelconque.

La folie à double forme, surtout lorsque les accès sont à longues périodes, peut se terminer par la manie ou la mélancolie à type continu. Il n'en serait pas de même de la folie intermittente simple qui, selon Falret, ne finirait qu'exceptionnellement par devenir continue.

Le mode auquel aboutissent la plupart de ces aliénations est le mode rémittent. Au bout d'un certain temps, en effet, les intervalles lucides cessent d'être vraiment constitués par un retour complet à l'état normal; on remarque chez les malades un affaiblissement plus ou moins considérable des facultés, de l'apathie, de l'indifférence, de la torpeur intellectuelle. Toutefois, la démence confirmée ne survient que très tard, surtout dans la folie à double forme.

A part les accidents et le suicide qui sont rares dans les folies intermittentes, les conditions de longévité des aliénés de cette catégorie ne sont pas sensiblement modifiées par le fait de la maladie mentale.

§ 6. — Pronostic

Le pronostic des accès est favorable, mais celui de la maladie prise dans son ensemble est des plus graves, car elle est incurable. Si, comme le fait observer Falret, la manie et la mélancolie prises isolément sont les formes les plus curables de la folie, associées entre elles, elles sont les plus incurables de toutes.

Il arrive parfois qu'on se trompe sur la valeur des intervalles lucides, et qu'on rend à la liberté, comme guéris des aliénés qui ne sont que dans la phase de transition qui sépare deux accès à longue évolution. Baillarger s'accuse de pareilles erreurs. Il ne faut pas

oublier, cependant, que le milieu du monde est essentiellement défavorable à ces malades et que tel qui, maintenu séquestré, eût bénéficié d'un intervalle lucide prolongé, retombe immédiatement lorsqu'il est aux prises avec les excitations du dehors.

§ 7. — Diagnostic

Il n'y a pas d'éléments cliniques certains qui indiquent que telle folie évoluera suivant le mode intermittent, circulaire ou à double forme, d'autant que les premiers accès sont le plus souvent simples et comme isolés et ne rappellent que le type classique de la manie ou de la mélancolie. Falret a fait observer néanmoins que les folies qui doivent être intermittentes ont en général une invasion subite, une marche régulière sans paroxysmes, et une terminaison rapide, la guérison étant aussi brusque que le début.

Le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale est parfois des plus difficiles. Entre l'excitation maniaque de la première et la période expansive de la seconde, il y a de nombreux points de ressemblance ; parfois même un peu d'embarras de la parole accompagne l'excitation de la folie à double forme. Il faut rechercher avec soin, sous le délire ambitieux ou expansif, les caractères de la démence qui ne font jamais défaut chez le paralytique et s'attacher à dépister les troubles de la motilité, les tremblements, l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire, en un mot tous les signes physiques qui permettent de porter avec certitude le diagnostic de paralysie générale.

§ 8. — Traitement

Le traitement des folies périodiques doit se proposer de remplir deux indications : prévenir le retour des accès ; combattre les accidents de chaque période.

Pour répondre à la première indication on a songé aux antipériodiques. Le sulfate de quinine semble avoir montré quelque efficacité dans les accès très courts avec intermittence. On le donne dans les intervalles lucides à dose

croissante, depuis 30 ou 40 centigrammes jusqu'à deux grammes par jour.

On a aussi préconisé certaines médications perturbatrices, et en particulier les saignées périodiques. Baillarger a réussi par ce moyen à supprimer l'accès maniaque d'une folie à double forme, qui a continué à se manifester sous la forme de mélancolie intermittente. Burckhardt (1), chez un malade atteint de folie circulaire à accès mensuels, a réussi à supprimer les accès par des injections sous-cutanées de strychnine pratiquées préventivement, chaque fois que l'on constatait au sphygmographe un changement dans la pression artérielle, signe précurseur de l'accès (1). En somme, il faut l'avouer, la médecine mentale est à peu près complètement désarmée en présence des folies périodiques.

Quant aux moyens destinés à combattre les accidents de chaque accès, ils sont les mêmes que ceux que nous avons exposés à propos de la manie et de la mélancolie simples. En les employant à propos et avec persévérance, on peut espérer de modérer l'intensité des accès, de diminuer la longueur des périodes morbides, et d'assurer ainsi aux malades la plus grande somme possible d'intervalles de lucidité.

(1) Burckhardt, *Ann. méd. psych.*, décembre 1888.

CHAPITRE IV

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ PROGRESSIF

§ 1er. — Définition

Nous désignons sous le nom de *délire systématisé progressif* une forme de folie à marche lente, à évolution chronique, caractérisée successivement par de la défiance, de l'inquiétude, des hallucinations pénibles de l'ouïe et de la sensibilité générale, et des conceptions délirantes systématisées de nature variable, aboutissant le plus souvent à la transformation de la personnalité, à la mégalomanie, et finalement à la démence.

Longtemps confondue avec la mélancolie (Pinel), ou avec la monomanie (Esquirol), cette forme de folie commença à être isolée en 1852 par Lasègue, qui sous le nom de *délire de persécution* en décrivit la phase principale comme forme spéciale et typique d'aliénation mentale (1). L'innovation du savant professeur fut peu à peu acceptée par la généralité des médecins, et son idée développée par divers observateurs, Maret, Legrand du Saulle (2).

Depuis, grâce surtout aux travaux de J. Falret, de Magnan et de leurs élèves (3), on finit par reconnaître que le délire de persécution n'était lui-même qu'un syndrôme appartenant à une maladie plus complexe à laquelle Magnan a proposé de donner le nom de *délire chronique*. Si l'expression *délire de persécution* est insuffisante parce qu'elle ne vise qu'une période de la maladie, bien que ce soit la plus longue et la plus importante, l'expression *délire chronique* est vraiment trop vague, et peut s'appliquer à des états d'aliénation très différents de celui qu

(1) Lasègue. *Du délire de persécution. Etudes médicales :* Paris, 1884.
(2) Maret, Thèse de Paris, 1868. — Legrand du Saulle, *le Délire des persécutions :* Paris, 1873.
(3) Ritti, *Délire de persécution. Dict. encyclop. des sc. méd.*

est en question. Considérant que les caractères principaux de cette forme d'aliénation sont : 1° la systématisation des idées délirantes qui se déduisent logiquement les unes des autres et s'enchaînent suivant un procédé invariable ; 2° l'évolution progressive de ce même délire suivant des périodes déterminées, nous proposons de le désigner sous le nom de *délire systématisé progressif*, qui définit clairement les caractères principaux de la maladie (1).

On pourrait adopter pour les mêmes raisons l'expression de *Psychose systématique progressive* adoptée par Garnier, ou celle de *Psychose systématique chronique progressive* proposée par Ballet (2). Si nous préférons la nôtre, c'est uniquement parce qu'elle est plus courte et plus conforme au vocabulaire en usage dans la psycho-pathologie française.

§ 2. — Etiologie

L'étiologie du délire systématisé progressif est le plus souvent pleine d'obscurités. Comme causes occasionnelles, on invoque d'une façon banale la plupart des *causes morales* de la folie : chagrins, remords, jalousie, déceptions. Parmi celles dont l'action paraît moins hypothétique, il faut placer la perte de procès et le fait d'avoir une naissance illégitime : cette dernière condition, en plaçant l'individu en perpétuel conflit avec les préjugés et les intérêts sociaux, lui crée une situation morale à part, qui peut à la longue agir défavorablement sur son intelligence.

Au nombre des *causes physiques* invoquées aussi d'une façon banale, il faut mettre en première ligne les difformités, principalement celles qui frappent les organes sexuels, qui ont pour effet de rendre ombrageux, défiants, timides à l'excès ceux qui en sont atteints et les induisent à croire qu'on se moque d'eux, qu'on les tourne en ridicule, qu'on les méprise; l'onanisme, les pertes séminales, les affections vénériennes, ont, dans quelques cas, une influence de même nature.

(1) Consultez en outre l'importante discussion de la Société médico-psychologique sur ce sujet, *Annales méd psych.*, 1887-1888.
(2) *Semaine médicale*, 2 octobre 1888.

Parmi les causes prédisposantes, l'*hérédité* joue certainement un rôle plus considérable que ne l'indiquent les statistiques, mais ce rôle est encore mal défini. On ne sait pas, notamment, si la transmission s'opère par voie de similitude, comme il arrive souvent pour la manie et la mélancolie. Une statistique de Charenton, portant sur 134 persécutés, ne donne que 36 cas d'hérédité, c'est-à-dire une proportion inférieure à un quart. Elle semblerait indiquer, en outre, que l'hérédité de la mère est la plus fréquente ; ensuite viendrait celle du père (1). Dans la plupart des cas, il s'agit d'hérédité simple, non compliquée de dégénérescence mentale. Il est remarquable, en effet, que jusqu'au moment où la maladie fait son apparition, les aliénés de cette catégorie ont eu une intelligence correcte et une existence régulière, exempte de toute excentricité. Dans quelques cas cependant, il est certain que le délire systématisé progressif se développe sur un terrain préparé par la déséquilibration mentale, mais alors il présente dans sa marche et sa symptomatologie certains caractères qui en décèlent l'origine.

Bien que, selon Lasègue, le délire systématisé ne puisse être considéré comme l'exagération morbide des tendances de certains caractères et qu'il se produise chez des individus très différents les uns des autres par leur humeur habituelle, le degré de leur intelligence et leur position sociale, il n'en est pas moins ordinaire de trouver dans les antécédents du persécuté un caractère soupçonneux, inquiet, porté à l'envie et souvent à l'orgueil. Selon Legrand du Saulle, ces tendances se font jour dès l'enfance : les futurs persécutés sont enclins à la tristesse, à l'isolement, ne se mêlent pas aux plaisirs des autres, ne se font pas d'amis. A l'âge de la puberté, ces tendances se font encore mieux jour ; ils vivent à l'écart, dévorés de défiance et de soupçons à l'égard non seulement des étrangers, mais encore des membres de leur famille et des gens qui les entourent.

La *fréquence* du délire systématisé est considérable. Elle serait, selon Lasègue, de 14 %, selon Legrand du

(1) A. Ritti, *Délire de persécution*. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, 8. 23.)

Saulle, de 16 %, et selon A. Foville, de 19 %. Des recherches récentes de Planès (1), semblent démontrer que ces proportions sont exagérées. Sur 32,000 aliénés qui ont passé par l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police de 1872 à 1885, il y avait 2,613 persécutés, c'est-à-dire 8,16 %. Il résulte cependant de ce travail, que cette forme d'aliénation mentale a augmenté progressivement de fréquence pendant la même période.

Le *sexe* féminin est beaucoup plus souvent atteint que le masculin. Les divers auteurs s'accordent à reconnaître qu'on compte cinq femmes atteintes de délire systématisé, contre trois hommes seulement.

L'*âge* auquel la maladie se développe est compris entre 30 et 50 ans. Lasègue dit ne l'avoir jamais rencontrée avant 28 ans. L'époque de la ménopause semble quelquefois propice à son éclosion.

Au point de vue de l'*état civil*, il est un point important à noter, c'est que le plus grand nombre des persécutés se recrute dans la catégorie des veufs et des célibataires.

§ 3. — Symptomes

Pour décrire d'une façon claire et précise le délire systématisé progressif, il est nécessaire de le diviser en plusieurs périodes caractérisées chacune par l'apparition de symptômes nouveaux apportant une modification réelle à la physionomie de l'ensemble morbide. Nous adopterons, en lui faisant subir quelques modifications de détail, la division en quatre périodes, déjà admise par divers auteurs (2). Nous décrirons donc successivement :

1° La période d'incubation, pendant laquelle le malade est envahi insensiblement par un sentiment vague d'inquiétude, de souffrance morale, au sujet de laquelle il finit par entrer dans la voie des interprétations délirantes ;

2° La période d'état, caractérisée par l'apparition des

(1) Planès, *Quelques considérations sur la folie à Paris;* thèse; 1886.

(2) Magnan, *Exposé de ses titres et travaux scientifiques;* Paris, 1886. — Ritti, *loc. cit.*

hallucinations qui servent de base à un délire de persécution de plus en plus coordonné ;

3° La période de transformation de la personnalité, signalée par l'apparition des idées de grandeur et la systématisation de plus en plus grande du délire ;

4° La période de dissolution, où les conceptions délirantes perdent leur lien logique, deviennent de plus en plus confuses, disparaissent dans l'incohérence et dans la démence terminale.

1° *Première période.*

Incubation. — Il est parfois impossible de remonter à l'origine de la maladie, tant la période d'incubation est silencieuse; le plus souvent, lorsqu'on s'aperçoit de quelque chose d'anormal, le délire est déjà constitué depuis longtemps.

Néanmoins, il est toujours précédé d'une période plus ou moins longue d'inquiétude, de malaise indéfinissable, de souffrance vague des centres nerveux. Tout d'abord, le malade s'étonne, puis sa défiance s'éveille, et son jugement se trouble. D'où lui vient ce qu'il éprouve? Il se pose la question sans pouvoir dès l'abord la résoudre. Peu à peu, cependant, il en arrive à penser qu'on lui en veut, qu'il a des ennemis, et plus tard l'hésitation fera place à la certitude. En attendant, il trouve que tout est changé autour de lui ; tout excite sa défiance ; on ne lui témoigne que de mauvaises dispositions; on parle mal de lui ; on le regarde de travers ; on chuchote lorsqu'il passe ; le bruit qu'on fait en toussant, une porte qui s'ouvre, une voiture qui traverse la rue, un objet inusité qui frappe son regard sont autant de signes destinés à le narguer. Tout prend à ses yeux une signification défavorable, et il interprète contre lui-même les faits les plus simples et les plus insignifiants de la vie ordinaire.

C'est avec raison qu'on a fait observer que les causes qui engendrent les idées de persécution chez le malade, sont la plupart du temps insignifiantes et ne sont point de même ordre que celles qui l'affecteraient s'il était en bonne santé. Les plus grands malheurs peuvent l'atteindre sans qu'il en accuse ses ennemis, tandis que les incidents

les plus futiles accroissent son trouble et attisent son délire.

Une autre observation due à Lasègue, c'est que les accusations qu'il dirige contre son entourage ne sont pas prétextées par des faits récents, mais qu'il va chercher dans le passé des incidents sans conséquence sur lesquels il échafaude les accusations les plus invraisemblables, qui lui paraissent pourtant d'autant plus plausibles qu'il ne cherche jamais à en vérifier l'exactitude.

Mais longtemps avant d'en arriver là, le délire du malade reste vague et indéterminé. Il est inquiet, malheureux, il souffre, mais ne formule encore aucun grief positif. S'il se plaint, c'est d'une façon générale ; s'il se décide à s'adresser à l'autorité, il ne formule que des imputations impersonnelles. Le plus souvent il se contente de changer de milieu, de déménager fréquemment, de s'entourer de précautions minutieuses et ridicules.

Cette période est plus ou moins longue, suivant les individus. Ce qui y met un terme, c'est l'apparition des hallucinations de l'ouïe, symptôme en quelque sorte pathognomonique de cette forme d'aliénation mentale.

« L'organe de l'ouïe, dit Lasègue, fournit les premières sensations sur lesquelles s'exerce l'intelligence pervertie. Le malade entend des lambeaux de conversation qu'il interprète et qu'il s'applique ; les gens avec lesquels il est en contact ont dû parler de lui ; les bruits mêmes qui se produisent le plus naturellement, le passage d'une voiture, le pas d'un homme qui monte un escalier, une porte qui s'ouvre ou qui se ferme, sont l'objet de ses commentaires. Une fois sur cette pente, l'imagination ne s'arrête plus ; après avoir essayé de vagues présomptions, l'aliéné finit par arriver aux interprétations les plus absurdes et les plus positives. »

2° *Deuxième période.*

Délire de persécution. — Ainsi d'après ce qui précède, la croyance du malade en des persécuteurs imaginaires n'est que secondaire ; elle est provoquée par le besoin d'explication qu'il éprouve et qu'il ne réussit à satisfaire qu'après l'apparition des hallucinations de l'ouïe. Au

début, ce sont des hallucinations élémentaires, des bruits, des chuchotements, des sifflements; plus tard, ce sont des voix véritables. Ce que le malade entend est très variable, mais se restreint néanmoins à un cercle d'idées et de paroles pénibles, désagréables, injurieuses. L'un entendra une injure grossière qui lui sera incessamment répétée, telle que : assassin, cornard, p....n, salope, sodomiste, voleur, etc.; un autre, des menaces contre lui ou les siens, des accusations graves contre son honneur; un autre, entendra des lambeaux de phrases insignifiants auxquels il donnera une signification inattendue et qu'il s'empressera de s'appliquer. En général, les premières hallucinations se bornent à des mots isolés, ou à des phrases très courtes; elles paraissent sortir du plancher ou du plafond, des murs ou des cheminées.

Ces hallucinations de l'ouïe ne sont pas toujours continues. Quelquefois elles se suspendent d'elles-mêmes pendant un temps plus ou moins long. Dans d'autres cas, elles disparaissent à l'occasion d'un événement qui survient dans l'existence du malade, d'un voyage, par exemple. On voit d'ailleurs des malades, qui pour fuir leurs ennemis s'éloignent de leur résidence, vont en pays étranger; alors les hallucinations cessent, mais cette suspension est transitoire et les troubles de l'ouïe ne tardent pas à reparaître, au besoin dans la langue du pays où ils se trouvent, surtout si le persécuté connaît cette langue. On a vu encore des persécutés cesser d'être hallucinés pendant une traversée plus ou moins longue.

Dès l'apparition de ce phénomène, le malade obsédé, irrité par les paroles désagréables qui le poursuivent partout, peut réagir dangereusement; quelquefois contre lui-même, et cherche à se suicider; le plus souvent contre les autres ; et arrivé au paroxysme de la fureur, il insulte et maltraite, quand il ne tue pas, le premier venu qu'il croit être du nombre de ses persécuteurs.

Sa défiance s'accroît encore et s'étend à tout le monde, qu'il finit par croire au courant de ses disgrâces; aussi toute demande d'explication lui paraît-elle une ironie; il élude toutes les questions ou ne répond que par des phrases vagues telles que celles-ci : Je n'ai pas besoin de vous le dire, vous le savez aussi bien que moi ; vous avez

dû l'apprendre ; vous l'avez bien lu dans les journaux, etc.

Jusque-là, la systématisation du délire est rudimentaire; le malade se croit des ennemis, mais il ne soupçonne, ou ne désigne encore personne. Il reste dans les généralités : on lui en veut, on le persécute ; ce sont des ennemis, mais il ne les connaît pas. Et chose remarquable, il ne cherche pas à les connaître, il ne fait pas le moindre effort pour voir les personnes dont il entend les voix.

Mais les persécutés en restent rarement là et la systématisation progresse, tantôt lentement, par déduction psychologique, tantôt brusquement, par genèse spontanée du cerveau malade. L'explication de ce qu'ils éprouvent d'anormal leur est fournie par leur imagination, leurs préjugés, leurs croyances, leurs connaissances scientifiques. Ils invoquent tour à tour les pratiques diaboliques, la magie, les sortilèges, le somnambulisme, la physique, le magnétisme et l'électricité. Ces derniers agents naturels sont à notre époque les plus fréquemment incriminés par les malades, non seulement par les instruits, mais encore par les ignorants; on doit y voir l'influence des idées courantes et du milieu. Les persécutés d'aujourd'hui se croient victimes de la physique, comme ceux du moyen âge se croyaient victimes des influences diaboliques et des sciences occultes.

Le milieu social, les mœurs, les croyances influent considérablement, en effet, sur la forme délirante. Au moyen âge le délire de persécution revêtait la forme démonomaniaque; les possédés, les lycanthropes, les incubes et les succubes, n'étaient que des aliénés atteints de délire systématisé. Encore aujourd'hui, certains de ces malades ont des idées religieuses et mystiques; ils entendent la voix de Dieu, du démon, de la Sainte Vierge; les troubles de la sensibilité qu'ils ressentent sont des épreuves destinées à les purifier, ils sont possédés par le démon d'impureté, ou quand ils en sont à la période ambitieuse, cohabitent avec le Saint-Esprit, etc. Dans quelques cas, ces conceptions mystiques se mêlent aux idées de persécution ordinaire, ils reçoivent des communications de la divinité et se persuadent qu'ils doivent sauver le monde.

Tantôt les persécutés s'en tiennent à la forme collective

pour désigner leurs ennemis : ces derniers forment une société, une bande, une corporation ; ce sont les jésuites, les francs-maçons, la police, les sociétés secrètes, etc. Tantôt ils en arrivent à les personnifier dans un individu : c'est un parent, un ami, un homme public, un médecin, un prêtre, qui est le persécuteur, et dès lors le malade s'acharnera après lui, en fera l'objet de toutes ses accusations, de ses poursuites, de sa haine, et souvent de sa vengeance. Il en résulte deux catégories de persécutés dont la distinction est importante, car tandis que le premier demeure passif, se contente de formuler des plaintes vagues, des accusations platoniques contre des collectivités imaginaires, le second, ayant un but de vengeance à sa disposition, passe au rôle actif, et s'acharne avec une ténacité inouïe après celui qu'il a choisi pour sa victime. Il le diffame dans des brochures, le dénonce dans les journaux, le cite devant les tribunaux, épuise toutes les juridictions, et après avoir vu toutes ses accusations repoussées en arrive à se faire justice lui-même.

De là les homicides nombreux commis par les persécutés. Le persécuté tuera, tantôt, comme nous venons de le dire, la personne qu'il reconnait depuis longtemps pour être l'auteur de tous ses maux, tantôt un individu quelconque, un inconnu, un passant dans lequel, par un trait de lumière, il a subitement reconnu son persécuteur, ou que ses hallucinations lui auront désigné brusquement comme victime.

Les persécutés ne tuent pas seulement par vengeance ; ils se font parfois meurtriers de parti pris, dans le but de sortir de l'obscurité dont ils se croient systématiquement enveloppés, de faire un grand scandale, et de passer en cour d'assises où ils pourront enfin faire connaître à la justice et à l'univers tout entier les vilenies de leurs persécuteurs.

Parmi les autres actes incorrects des persécutés, il faut encore citer certains actes de vengeance, comme l'incendie volontaire, et une foule d'actes extravagants commandés par les hallucinations de l'ouïe. Telle persécutée satisfait ses besoins dans ses vêtements pour éviter un système de lorgnettes qu'elle croit installé dans les cabinets d'aisance ; tel autre jette son chien à la rivière, parce que,

quand ce dernier aboyait, il entendait une voix lui dire : tu vas mourir ; tel autre creuse dans sa cave ou fait des trous dans les murs de sa maison pour rechercher et punir les ennemis qu'il croit cachés, etc.

Certains persécutés écrivent beaucoup; ils adressent aux diverses autorités des plaintes, des dénonciations, des revendications incessantes; ils rédigent de longs mémoires conçus dans les termes d'une désespérante monotonie, où ils reproduisent indéfiniment les mêmes griefs et les mêmes réclamations.

Maret, considérant les persécutés au point de vue de leurs actes, les divise en trois catégories : 1° ceux qui ne sont nuisibles ni aux autres ni à eux-mêmes; 2° ceux qui sont dangereux pour eux-mêmes et qui sont portés au suicide ; 3° ceux qui sont dangereux pour les autres. Cette division est rationnelle et conforme à l'observation clinique.

Poursuivant sa marche progressive, la maladie ne tarde pas à se compliquer de nouveaux symptômes : aux hallucinations de l'ouïe viennent s'ajouter des troubles de la sensibilité générale et des hallucinations des autres sens. Par une conséquence logique, plus ces troubles divers sont complexes et multipliés, et plus la systématisation du délire fait des progrès, plus il arrive à sa complète floraison. Les troubles sensitifs et sensoriels s'associent habituellement et par ordre de fréquence, de la façon suivante : 1° Hallucinations de l'ouïe ; 2° hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale; 3° hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale, de l'odorat et du goût; 4° hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et du goût seulement. On remarquera que dans cette énumération, les troubles du sens de la vision sont absents d'une façon complète. C'est là précisément un des meilleurs caractères distinctifs du délire systématisé progressif. Quelle que soit la manière dont on interroge les malades, on arrive bien à leur faire avouer des illusions de la vue, mais jamais d'hallucinations. S'il arrive par hasard qu'on les constate, on devra penser à quelque complication, particulièrement à l'alcoolisme.

Les troubles de la sensibilité générale consistent en des sensations de pincement, d'arrachement, de piqûre dans

diverses parties du corps, en un sentiment de fourmillement, de déchirure, de distorsion, de brûlure, principalement à la plante des pieds. Certains malades perdent la notion de leur équilibre, se sentent transportés en l'air, soumis à un mouvement de rotation extrêmement rapide, ou écrasés sous le poids de lourds fardeaux. Les tendances hypocondriaques de certains malades trouvent un aliment incessant dans ces troubles de la cénesthésie. Ils se plaignent qu'on leur perce la tête, qu'on leur arrache les membres, qu'on leur vide la moelle, qu'on aspire leur sang, qu'on leur envoie des miasmes et ils se livrent à des tics, à des gestes bizarres, à une mimique des plus extravagantes pour conjurer ou neutraliser les influences occultes dont ils se croient victimes.

Les troubles de la sensibilité génitale sont extrêmement nombreux chez tous les persécutés, et presque constants chez les femmes. Ces dernières se plaignent d'attouchements impudiques, de sensations internes qui leur font croire à des tentatives de viol, à l'introduction de corps étrangers dans leurs parties génitales. Les hommes se plaignent qu'on exerce des pratiques douloureuses sur leurs testicules, qu'on les sodomise, qu'on excite ou qu'on supprime leurs aptitudes génésiques, etc. (1).

Les troubles du goût et de l'odorat sont toujours en relation avec des craintes d'empoisonnement. Les malades se croient intoxiqués par des gaz qu'on leur envoie de tous côtés; par des substances délétères qu'on met dans leurs aliments, soit directement, soit par l'intermédiaire de puissances occultes. Alors ils prennent les précautions les plus ingénieuses ou les plus ridicules, achètent et préparent eux-mêmes leurs aliments, changent à chaque repas de restaurant, font analyser leurs déjections ou certaines parcelles de nourriture qu'ils recueillent avec soin. Chez une persécutée qui vivait très retirée et qui depuis huit ans n'avait permis à personne d'entrer dans sa chambre, on trouva trente kilogrammes de marc de café et cinq cents coquilles d'œufs. Certains de ces toxicophobes se livrent à des scènes violentes, et

(1) A. Cullerre, *Des perversions sexuelles chez les persécutés* (*Annales méd. psych.*, 1886.)

se portent aux excès les plus graves contre leurs prétendus empoisonneurs.

En même temps, les hallucinations de l'ouïe deviennent de plus en plus compliquées. Ce ne sont plus seulement des mots isolés, de courtes phrases que les malades entendent, mais de longues phrases, des discours entiers, de véritables monologues. Parfois, ils ont affaire à plusieurs interlocuteurs ; ces voix multiples tiennent tantôt des propos de même nature ; tantôt elles se contredisent, se combattent, représentent en un mot les voix opposées du bien et du mal. Les unes conseillent au malade de réagir contre ses ennemis ; les autres l'en dissuadent. Les unes le poursuivent, l'injurient, le menacent ; les autres l'encouragent, le soutiennent, le réconfortent.

Peu à peu, les hallucinations elles-mêmes, se transforment et changent de nature. D'hallucinations *auditives verbales*, elles deviennent hallucinations *auditives psychomotrices* (1) ; autrement dit, elles deviennent *purement psychiques*. Après avoir entretenu des conversations mentales, *en pensée*, avec leurs ennemis, ils finissent par être étrangers au fonctionnement de leur propre intelligence ; chez eux, le travail de l'idéation devient automatique ; alors ils prétendent qu'on leur soustrait leurs idées, qu'on répète tout ce qu'ils pensent, qu'on devine leurs pensées avant qu'elles soient formulées. Il s'opère peu à peu une sorte de dédoublement de leur personnalité ; il y a en eux en quelque sorte un second individu qui s'empare de leurs idées et les projette au dehors ; ils se plaignent encore qu'on leur parle sur la bouche, sur la tête, sur l'estomac, dans toutes les régions du corps. Veulent-ils parler ? immédiatement *tout se récite*. Une de mes malades avait une expression pittoresque pour exprimer cette étrange situation mentale : elle l'appelait l'*exil*, se disait exilée d'elle-même.

Lorsqu'il est arrivé à sa systématisation définitive, le délire se traduit par les troubles les plus singuliers du langage. Tous les persécutés inventent un vocabulaire spécial pour exprimer leurs conceptions délirantes. Pour désigner leurs hallucinations de l'ouïe, ils disent : mes

(1) Voir la *Symptomatologie générale*.

bavardes, mes *carillons*, mon *parlage*, mes *locutions*, mes *invisibles*, etc. Leurs troubles de la sensibilité générale sont causés par les *fouinards*, la *doucine*, la *censure*, la *bobine*, les *trilbys*, l'*archiduchesse*, l'*insensibilisateur*, l'*esprit de vin*, etc. La malade dont j'ai cité plus haut l'exemple subissait cinq espèces de persécutions, à savoir : l'*exil*, l'*émigration*, l'*internement*, la *nuque* et la *condamnation*. Ils ne se contentent pas de créer des expressions nouvelles, ils en viennent à modifier les mots courants de la langue et les signes habituels de l'écriture; ils transposent, suppriment ou altèrent certaines syllabes, modifient les lettres, leur donnent des dimensions différentes, soulignent de nombreux mots, emploient une ponctuation ou des signes spéciaux, et ainsi de suite.

Lorsque la maladie en est arrivée à cette phase, l'intelligence a déjà subi une désorganisation profonde, et le délire des grandeurs, quand il doit se produire, est installé depuis longtemps.

3° *Troisième période.*

Délire ambitieux. — Morel, a le premier, vu le lien par lequel le délire ambitieux se rattache au délire de persécution. C'est, fait-il observer (1), sous l'influence des transformations étranges que subissent l'intelligence et les sentiments du persécuté que s'organise cette autre aberration singulière qui fait supposer à ces malheureux malades qu'ils sont des êtres exceptionnels et appelés à des destinées surhumaines.

L'apparition de ces conceptions délirantes nouvelles caractérise précisément la troisième période du délire systématisé progressif (2).

Les conceptions délirantes de nature ambitieuse des persécutés sont de trois ordres :

1° A un premier groupe appartiennent celles qui ont pour objet la transformation de la personnalité. Les

(1) Morel, *Traité des maladies mentales.*

(2) Ach. Foville, *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs :* Paris, 1871.— P. Garnier, *Sur les idées de grandeurs dans le délire des persécutions* ; thèse de Paris, 1877.

malades se prétendent d'une haute naissance; ils sont ducs, princes, rois, empereurs. D'autres ne se contentent pas de ces titres terrestres, ils sont le Christ, la Vierge ou Dieu lui-même ;

2° Dans un deuxième groupe se placent les idées de puissance. Les malades possèdent une puissance surhumaine; ils sont investis d'un pouvoir mystérieux : ils commandent aux éléments, dirigent les astres et disposent des forces occultes ;

3° Un troisième groupe comprend les idées de richesses. Le délirant se dit millionnaire, il a hérité de biens considérables, il possède des trésors, des châteaux, on lui a fait des donations, etc.

Ces trois ordres de conceptions délirantes peuvent exister isolément ou simultanément chez le même individu; dans ce dernier cas, elles se combinent de mille manières pour donner au délire sa physionomie spéciale.

Les conceptions délirantes ambitieuses semblent se développer suivant deux modes différents :

1° *Par déduction logique.* A. Foville surtout a insisté sur cette origine psychologique des idées de grandeur. Ce serait par suite d'une certaine opération logique de l'entendement que le malade arrive à les concevoir. En présence des persécutions injustes, incessantes, non motivées, dont il se croit l'objet, il en vient par une série de raisonnements à soupçonner, puis à croire fermement qu'il n'est si persécuté que parce qu'il porte ombrage à quelque individu riche et puissant et qu'il est lui-même un grand personnage, une puissance méconnue, dont on a intérêt à se débarrasser. Ces idées se produiraient d'autant plus facilement qu'avant d'être malade, l'individu a eu à souffrir dans son orgueil ou ses intérêts, de l'irrégularité ou du mystère de sa naissance.

2° *Par genèse spontanée.* Un beau jour, sans aucun signe préalable, les malades se déclarent grands seigneurs, riches, princes, rois, etc. Le point de départ de cette conception nouvelle provient en général d'un fait insignifiant, d'un mot entendu, d'un fait divers de journal; ou encore d'une hallucination. Un persécuté lit une aventure arrivée à un prince : ce prince c'est lui, et immédiatement il réclame ses droits. Un autre s'entend décorer d'un titre

royal ; il est persuadé sans plus qu'il est bien roi et agit en conséquence.

Le second mécanisme de la production du délire ambitieux me semble le plus fréquent. Il faut en effet se défier des aptitudes syllogistiques des aliénés, surtout dans une période aussi avancée de leur maladie. Quelle que soit la forme de cette dernière, ce sont des êtres passifs qui subissent beaucoup plus leur délire qu'ils ne le créent, et qui n'emploient même pas la portion saine de leur intelligence à vérifier la réalité de leurs sensations maladives. Je crois que ce n'est qu'après que le persécuté a reçu le coup de foudre que la déduction logique commence son œuvre et tire de l'idée ambitieuse née spontanément et brusquement, toutes les conséquences délirantes qu'elle contient.

Selon Mairet (1), ce n'est pas dans tel ou tel procédé qu'il faut chercher la genèse des idées ambitieuses ; c'est le caractère des persécutés à idées de grandeurs qui nous livrerait le secret de l'association des deux délires. Ces derniers, en effet, présenteraient des tendances mégalomaniaques plus ou moins accentuées dès le début de la maladie et on pourrait en retrouver les racines dans leurs antécédents personnels bien avant le développement de l'aliénation mentale. Pour le même auteur, il y aurait un certain antagonisme entre le délire ambitieux et les perversions sensorielles : plus ces dernières demeurent intenses, et moins le premier prend de l'importance, et inversement.

Tantôt le délire des grandeurs est un simple symptôme surajouté ; dans d'autres cas, au contraire (ce sont les plus rares), il arrive à accaparer toute la scène morbide ; on est alors en présence de la véritable *mégalomanie* des anciens auteurs.

De même que le délire de persécution, le délire des grandeurs pousse les malades à réagir et à prendre des initiatives bizarres ou compromettantes. Ce sont les aliénés atteints de cette forme délirante qu'on arrête chaque jour à la porte du palais des grands personnages auprès

(1) Mairet, *Du délire des grandeurs dans la folie de persécution. Annales méd. psych.* 1888.)

desquels ils cherchent à pénétrer pour faire reconnaître leurs droits.

4° *Quatrième période.*

Dissolution de délire, affaiblissement de l'intelligence, démence. — Enfin, à mesure que la maladie se prolonge, la systématisation du délire se résout; les conceptions morbides se perdent dans un mélange confus d'idées de persécution et de grandeur sans liaison, dont l'exposition devient de plus en plus incohérente et incompréhensible. Devenu indifférent au monde extérieur, le malade, sans cesser de vivre en apparence de la vie commune, ne se livre plus que d'une façon automatique aux différents actes que comporte son mode d'existence, et s'enfonce de plus en plus dans une sorte de rêve aux fantasmagories duquel son esprit s'abandonne d'une manière complètement passive.

L'affaiblissement progressif de l'intelligence aboutit dans quelques cas à une démence complète; toutefois, cette complication ne survient pas d'une façon constante, et ne se produit qu'à une époque extrêmement éloignée du début de la maladie.

§ 4. — Marche. Durée. Terminaison

La *marche* du délire systématisé progressif est la plupart du temps insidieuse et lente, et il est presque impossible de préciser le moment où le malade a cessé d'être en santé pour entrer dans la maladie. Dans certains cas, la période d'incubation se prolonge pendant plusieurs années. La deuxième période surtout peut être extrêmement longue, et ce n'est alors qu'au bout de dix, quinze et vingt ans qu'apparaît la phase mégalomaniaque. Dans quelques cas, au contraire, principalement chez certains dégénérés, la maladie suit en quelque sorte une marche galopante; les divers syndrômes délirants se succèdent avec la plus grande rapidité ou même se développent simultanément : en quelques semaines la maladie a atteint son apogée.

Non seulement il existe des irrégularités dans l'appari-

tion et la durée des diverses périodes, mais l'existence de ces périodes elles-mêmes est loin d'être constante. Certains malades privilégiés ne dépassent jamais la première dont un état d'inquiétude vague et une humeur défiante et soupçonneuse composent tout l'appareil symptomatique. D'autres restent cantonnés dans le délire de persécution et n'abordent jamais la phase mégalomaniaque. En effet, selon J. Falret, le délire ambitieux n'apparaîtrait que dans le tiers des cas; selon Mairet, on le rencontrerait quarante-deux fois sur cent.

La marche du délire systématisé est essentiellement rémittente. Il y a des malades qui bénéficient de rémissions prolongées pendant lesquelles ils cessent d'être hallucinés et persécutés, tout en ajoutant une foi entière à leurs convictions délirantes dans le passé. J'ai vu de ces rémissions s'opérer même après l'installation du délire des grandeurs ; c'est-à-dire après plusieurs années de maladie. A la faveur de ces rémittences, les malades peuvent rentrer dans leur famille, reprendre leur place dans la société, s'occuper de leurs affaires, entreprendre des voyages, etc. Mais il ne faut jamais perdre de vue qu'ils ne sont pas guéris et qu'une rechute est toujours à craindre.

Il importe en outre de se défier des fausses rémissions. Certains persécutés savent dissimuler leur délire avec la plus grande énergie. Quand on les interroge, ils se renferment dans un silence dédaigneux et obstiné, repoussent toute tentative ayant pour but de pénétrer dans l'intimité de leur délire, ou discutent pied à pied les indices morbides qu'on croit relever dans leur état mental ; s'engagent dans des controverses interminables, protestent contre leur séquestration, déclarent sans valeur les enquêtes médicales dont ils ont été l'objet et s'abstiennent avec un soin rigoureux de toute parole suspecte. Cependant ils se trahissent malgré eux, à un moment donné. Si on les observe à leur insu, on les voit parler seuls, rire silencieusement, ébaucher des gestes bizarres. Ce n'est parfois qu'au bout de plusieurs semaines que dans un paroxysme d'excitation ou de colère, leur secret leur échappe et qu'ils fournissent enfin des éléments positifs au diagnostic.

Sous l'influence d'un redoublement de leurs hallucina-

tions, les persécutés entrent fréquemment dans de véritables accès d'agitation maniaque. En proie à une irritation violente, le malade se démène avec une activité fébrile, invective ses ennemis, récrimine, vocifère, et se livre à des violences dangereuses. Quelques persécutés sont presque continuellement irrités et d'une humeur hargneuse et agressive. D'autres n'éprouvent que de temps en temps de ces paroxysmes qui ne durent que quelques heures. Chez les femmes, la période menstruelle est souvent l'occasion du retour des accès d'agitation.

Un phénomène singulier et assez fréquent, c'est la possibilité pour le délirant systématique de convertir à son délire les personnes de son entourage. C'est ainsi qu'on voit les conceptions maladives d'un persécuté se représenter dans les mêmes termes chez sa femme, ses enfants son frère ou sa sœur. Ces derniers, dont le rôle est en général passif, ne sont que l'écho du vrai malade (1).

La *durée* du délire systématisé progressif est le plus souvent indéfinie. Il n'est pas par lui-même une cause de mort prématurée à moins qu'il ne survienne quelque complication grave, comme la sitiophobie.

La *terminaison* de la maladie est habituellement l'incurabilité et la démence. On observerait cependant, d'après Legrand du Saulle, la guérison dans un cinquième des cas. Lorsqu'elle doit se produire, le malade commence à s'améliorer lentement; puis il a de légères intermissions très franches, est moins tenace dans ses conceptions délirantes. Il se montre moins méfiant, raisonne sans aigreur ses idées fausses alors qu'il n'y a pas renoncé tout à fait. Les sentiments affectifs reprennent leur vivacité et il reçoit avec plaisir la visite de sa famille. Peu à peu enfin, il revient à une saine appréciation des faits et reprend avec confiance des rapports normaux avec le monde extérieur.

Si ce tableau est exact chez un petit nombre de sujets, il faut bien reconnaître que les choses ne se passent pas ainsi dans tous les cas où on peut considérer la guérison

(1) Lasègue et Falret, *la Folie à deux* (*Ann.*, 1887).— Legrand du Saulle, *le Délire des persécutions;* Paris, 1873.— E. Régis, *la Folie à deux ou folie simultanée*, thèse de Paris, 1880.

comme obtenue. Un certain nombre de persécutés en effet, qui sortent des asiles comme guéris, et qui en fait, reprennent leur place dans le monde et s'y maintiennent désormais pendant une période indéfinie, renoncent bien à leurs idées délirantes pour le présent et l'avenir, mais demeurent persuadés qu'il y avait quelque chose de fondé dans leurs griefs passés ; leur délire est en quelque sorte réduit à un minimum, mais ce minimum est une quantité irréductible qu'aucun raisonnement, aucune évidence ne peut entamer. Nous l'avons déjà dit ailleurs, ce mode de guérison relative est très fréquent en aliénation mentale ; il ne l'est pas moins, du reste, dans la pathologie commune.

Quant à la proportion d'un cinquième, comme chiffre exprimant la fréquence des guérisons dans le délire systématisé progressif, il y a lieu de faire quelques réserves. Dans le groupe des délirants par persécution, Legrand du Saulle en effet englobe quelques dégénérés héréditaires qui n'y doivent pas figurer. Ces derniers ont parfois des bouffées de délire systématisé qui disparait souvent en très peu de temps soit d'une façon définitive, soit pour faire place à quelque nouveau syndrôme délirant.

La maladie qui nous occupe guérit à la première et à la seconde période alors que la systématisation du délire n'est pas encore poussée très loin. Après l'apparition du délire ambitieux, la guérison radicale est absolument improbable ; on ne peut plus espérer qu'une guérison partielle.

Un autre mode de terminaison du délire systématisé est sa transformation en une autre forme mentale. A un moment donné les conceptions délirantes se multiplient, deviennent plus impérieuses, et le malade tombe peu à peu dans une phase de délire maniaque ou de mélancolie avec stupeur qui se termine par la guérison définitive ou par la démence. Ce mode de terminaison doit être considéré comme rare et ne survenant que dans des cas non typiques de délire systématisé progressif.

§ 5. — Diagnostic

Le délire systématisé progressif doit être soigneusement distingué de la mélancolie. Dans celle-ci, même quand elle s'accompagne d'idées de persécution, il existe une

dépression générale des facultés, un état d'angoisse qui fait constamment défaut chez les véritables délirants systématiques. On ne constate jamais chez ces derniers de grands troubles du sentiment, selon l'expression de Lasègue ; ils conservent une certaine égalité d'humeur et loin de se cacher du monde, ils vont de porte en porte fatiguer les magistrats, les autorités de tout genre, de leurs accusations et de leurs récriminations incessantes. La nature du délire est en outre toute différente dans les deux maladies : tandis que le mélancolique se met lui même en cause, s'accuse, se condamne, se charge de toutes les iniquités, le persécuté s'en prend exclusivement au monde extérieur, et trouve au-dehors de lui-même la cause de toutes ses souffrances. L'évolution des deux délires n'est pas non plus la même : tandis que la mélancolie anxieuse évolue vers le *délire des négations*, le délire de persécution évolue vers la *mégalomanie*. Observons, toutefois, que cette différence, d'ailleurs exacte à un point de vue général, n'a peut-être pas une grande importance pratique, car toutes les mélancolies n'évoluent pas vers le délire des négations; il y en a qui se terminent par une sorte de délire chronique avec idées de persécution et de grandeur plus ou moins systématisées.

Le délire de l'alcoolisme subaigu présente quelques points de contact avec le délire systématisé progressif, mais ne peut être confondu avec lui. Le délire de l'alcoolisme subaigu, en effet, ne dure que de quelques jours à deux septennaires; il est accompagné du tremblement caractéristique de l'alcoolisme, d'insomnie persistante et de malaises digestifs. Les idées de persécution qui le composent ne sont que la continuation d'un rêve : elles sont multiples et essentiellement mobiles; elles ne reposent pas seulement sur des hallucinations de l'ouïe et des troubles de la sensibilité générale, mais surtout sur des hallucinations de la vue : assailli par des images grimaçantes et terribles, le malade discute, se défend et lutte en proie à la terreur. Le persécuté au contraire, bien que poursuivi par des idées tristes est exempt de terreurs et de craintes, ses inquiétudes sont rétrospectives; les persécutions qu'on lui inflige roulent dans un cercle bien délimité; elles ne sont pas toujours effectives, et demeurent

souvent dans le domaine moral. Enfin, il n'a pas d'hallucinations de la vue, symptôme inséparable, au contraire, du délire alcoolique (1).

Cependant, l'alcoolisme n'exclut pas le vrai délire de persécution; ils peuvent se compliquer l'un l'autre, se surajouter, former ensemble une espèce d'association morbide qui revêt en général un caractère de malignité redoutable, car si le persécuté est souvent dangereux, le persécuté alcoolique l'est toujours. Les symptômes des deux affections bien qu'entremêlés sont pourtant reconnaissables et il est souvent facile de faire, dans le délire et les actes des malades, la part imputable à l'alcoolisme et celle qui revient au délire de persécution (2).

Enfin, il y a lieu de séparer complètement le délire systématisé progressif de la *folie héréditaire* proprement dite dont plusieurs manifestations pourraient être confondues avec lui. Une catégorie d'héréditaires a reçu le nom de *persécutés raisonnants*. Chez ces derniers, le délire ne se systématise jamais complètement ; il change d'objet et de forme; il ne se complique pas d'hallucinations et de troubles de la sensibilité générale ; il n'évolue, ni vers la mégalomanie, malgré l'immense orgueil dont sont doués ces aliénés, ni vers la démence. Les persécutions dont ils se plaignent sont purement d'ordre moral : préjudices à leur réputation, à leur succès dans le monde, dénis de justice, etc. Ils sont en apparence lucides, raisonnent correctement; leurs plaintes quoique fausses ont quelque vraisemblance ; enfin ils sont irrésistiblement poussés à l'action et se livrent à des extravagances incessantes, parfois aux actes les plus dangereux. Processifs, diffamateurs, vindicatifs, ce sont, en un mot, de véritables *persécuteurs*.

Une autre catégorie d'héréditaires est sujette à des accès de folie dont le polymorphisme peut revêtir l'aspect du délire systématisé progressif à ses deuxième et troisième périodes. Le diagnostic différentiel repose sur les antécé-

(1) Lasègue, *De l'alcoolisme subaigu. Etudes médicales :* Paris, 1884.
(2) A. Cullerre. *Alcoolisme et délire des persécutions* (*Annales*. 1875). — Magnan, *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné* (*Archiv. de Neurolog.* n° 1).

dents morbides du malade, sur sa déséquilibration originelle, ses accès antérieurs de folie, la brusque éclosion du délire, sa systématisation imparfaite, et son association habituelle avec des symptômes d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique. La distinction est importante, car l'accès de délire systématisé des héréditaires est très souvent curable, tandis que le véritable délire systématisé progressif ne l'est que rarement.

§ 6. — Pronostic

Le pronostic du délire systématisé progressif est très grave; nous en avons précédemment donné les raisons. En effet, les observations publiées prouvent que cette maladie a été fréquemment confondue avec les différentes formes de la mélancolie et l'alcoolisme subaigu, et que beaucoup de prétendues guérisons doivent être considérées comme résultant d'erreurs de diagnostic. Rappelons en outre que les rémissions prolongées dont elle est susceptible apportent de nouvelles causes d'erreur.

§ 7. — Traitement

La première indication à remplir dans le délire systématisé, est d'isoler le malade dans un établissement spécial. Le calme et l'indifférence de ce nouveau milieu, la discipline qui y règne, les occupations régulières auxquelles il peut se livrer quand son état mental le permet, sont de nature à amener une détente salutaire et à favoriser la venue d'une rémission. Après plusieurs mois d'isolement, il n'est pas rare de voir des persécutés non pas guéris, mais suffisamment amendés pour retourner dans le monde. Ces malades, cependant, ne peuvent sortir qu'à la condition d'être surveillés de près et réintégrés dès la réapparition des hallucinations et des idées de persécution.

Dans le traitement moral du persécuté, il ne faut jamais oublier à quel point ce dernier est ombrageux et combien il importe de ne pas exciter sa défiance en rompant en visière à ses conceptions délirantes. Toute discussion intempestive sur ce point ne fait qu'irriter le malade,

l'indisposer contre son médecin et l'inciter à la dissimulation.

Les indications symptomatiques sont multiples et ne doivent pas être négligées. On combattra par les moyens déjà indiqués ailleurs l'insomnie, l'agitation, la constipation, les troubles généraux de la nutrition ; on traitera méthodiquement les affections utérines, les lésions des organes sensoriels, qui parfois entretiennent les hallucinations et les désordres de la sensibilité générale. Le refus persistant d'aliments lié à des craintes d'empoisonnement n'est en général que transitoire, et d'habitude le malade ne refuse systématiquement que certains mets qui excitent tout particulièrement ses soupçons. Pourtant, si la santé générale s'altère et si la sitiophobie devient complète, il sera nécessaire de recourir aux procédés de l'alimentation artificielle.

CHAPITRE V

FOLIE HÉRÉDITAIRE

§ Ier. — Considérations générales

Historique. — Avant Prosper Lucas, le rôle de l'hérédité en physiologie et en pathologie était presque entièrement méconnu, et ce maître a été pour l'étude de cette grande loi biologique un véritable initiateur (1). Tout d'abord les aliénistes, et en particulier Moreau (de Tours) (2) étudièrent l'hérédité morbide dans ses rapports avec les diverses formes de l'aliénation mentale. Puis vint Morel (3) qui le premier s'efforça d'isoler un type spécial de folie héréditaire, et si l'obscurité et le vague de ses aperçus a été un obstacle à la diffusion de sa théorie, il n'en a pas moins ouvert une voie nouvelle en étudiant les transformations de l'hérédité psychopatique et en montrant à quels signes physiques intellectuels et moraux on pouvait la reconnaître. De nos jours, J. Falret et Magnan, reprenant l'idée de Morel, l'elucidant et la développant, ont affirmé l'existence d'une *folie héréditaire* à signes caractéristiques et en ont décrit les symptômes (4).

Définition. — Nous ne pouvons définir, en quelques mots, la folie héréditaire, mais nous nous efforcerons de faire comprendre ce qu'on doit entendre par ce terme.

La *prédisposition héréditaire* domine l'étiologie tout entière de l'aliénation mentale, mais son action n'est pas la même dans tous les cas. Dans les diverses formes

(1) P. Lucas. *Traité physiologique et philosophique de l'hérédité naturelle;* 1847-50.

(2) J. Moreau (de Tours), *De l'étiologie de l'épilepsie;* 1854; — *la Psychologie morbide:* 1859.

(3) Morel, *Etudes cliniques;* 1851; — et *Traité des maladies mentales :* 1860.

(4) Discussion de la Soc. méd. psych. dans *Annales méd. psych.*, 1886.

typiques de folie que nous avons étudiées précédemment, cette prédisposition ne se révèle habituellement que par l'accès de folie lui-même. Le malade, avant de devenir aliéné, jouissait d'une intelligence normale, suffisamment équilibrée, et fonctionnant correctement. Si on eût ignoré qu'il avait au point de vue psychopathique, des antécédents héréditaires, rien dans les manifestations de son activité psycho-cérébrale n'eût permis de le deviner et de prévoir l'explosion du délire. Une fois ce dernier disparu et la guérison obtenue, le malade revient à un état mental normal, régulier sous tous les rapports.

Dans un autre groupe très important de faits, cette prédisposition héréditaire se révèle au contraire, dès le début de l'existence psychique, et son action se fait sentir d'une manière permanente pendant toute la vie de l'individu ; le fonctionnement de ses facultés intellectuelles, frappé d'un vice originel, s'écarte toujours plus ou moins de la normale ; il y a entre elles, soit défaut d'harmonie, soit inégal développement. Cette déséquilibration et ce défaut de proportion entre les différentes facultés de l'intelligence forment un fonds commun sur lequel germent incessamment des troubles psychiques excessivement nombreux, excessivement variables ; et ce sont ces deux éléments morbides, l'un *fixe* et l'autre *mobile*, qui constituent précisément ce qu'on doit entendre par *Folie héréditaire*.

Pour rendre cette idée plus claire, nous prendrons une comparaison dans la pathologie commune. Parmi les tributaires de la diathèse arthritique, nous voyons des individus vigoureux, d'une santé irréprochable jusqu'au jour où ils sont frappés subitement d'un accès de goutte aiguë; l'accès guéri, ils reprennent, jusqu'à nouvel ordre, leur santé florissante d'autrefois. A côté de ceux-là, nous en voyons d'autres (ce sont en général les descendants des précédents) qui sont nés faibles et chétifs, que la diathèse prend dès le berceau pour les conduire durant tout le cours de leur existence à travers une série d'affections plus ou moins légères, différentes pour la forme et le siège, et qui, suivant l'expression de Pidoux, sont comme les scènes variées d'un seul et unique drame morbide. Ces deux catégories d'arthritiques répondent exactement à

nos deux catégories d'aliénés, soumis eux aussi, à une même prédisposition diathésique, mais dont les effets sont loin d'avoir la même puissance dans les deux cas.

La folie héréditaire ainsi comprise n'est qu'un mode de la *dégénérescence*, ce qu'avait déjà établi Morel : un état névropathique des parents peut créer chez les enfants, dit-il, une disposition organique qui se résume dans la manie et la mélancolie, affections nerveuses qui, à leur tour, peuvent faire naître des états dégénératifs plus graves, et se résumer dans l'idiotie et l'imbécillité (1).

La dégénérescence n'étant qu'un processus atrophique ou dystrophique frappant telle ou telle partie de l'organisme, doit se révéler par des lésions matérielles. C'est, en effet, ce qui a lieu chez les aliénés héréditaires : non seulement ils présentent des stigmates *physiques*, mais encore des stigmates *psychiques* de dégénérescence, et au dire de quelques auteurs (Arndt, Schültze, Pick) ces derniers doivent être rattachés à des arrêts de développement qui, frappant les éléments anatomiques de telle ou telle partie du système nerveux, les rapprochent de l'état embryonnaire.

Il résulte de quelques-unes des considérations qui précèdent que le terme de *Folie héréditaire* est inexact en ce qu'il ne s'applique qu'à une partie des héréditaires, ceux qui présentent des signes de dégénérescence. De là les dénominations nouvelles qu'on a proposées, telles que : *Folie des héréditaires dégénérés* ou simplement : *Folie des dégénérés.*

Cependant nous avons préféré conserver le terme de folie héréditaire, d'abord parce qu'il est consacré par l'usage ; ensuite parce que l'expression de folie des dégénérés est elle-même passible d'objections sérieuses. Comme, en clinique, il n'existe pas de limites tranchées, bon nombre de simples déséquilibrés, qui appartiennent bien cependant à la catégorie des héréditaires, ne présentent pas les signes positifs de la dégénérescence : ce sont, si l'on veut, des *dégénérants*, ce ne sont pas encore des *dégénérés*, et l'expression de *dégénérés supérieurs* qu'on a aussi employée pour les désigner, présente quelque chose

(1) Morel, *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine;* Paris, 1857.

de contradictoire dans les termes. Enfin, on peut être manifestement un dégénéré sans présenter les symptômes de la folie héréditaire ; d'autre part, on trouve même parmi les maniaques et les mélancoliques typiques, ou les délirants systématiques, quelques individus qui présentent les signes de la dégénérescence la plus accentuée.

§ 2. — Conditions étiologiques

La folie héréditaire est le résultat de l'hérédité accumulée et progressive. Sans vouloir rechercher les liens qui unissent les affections nerveuses aux autres maladies chroniques, nous admettons avec la plupart des auteurs qui ont spécialement étudié ce point de clinique, que le principe héréditaire psychopathique prend sa source dans les états névropathiques ou névrasthéniques des ancêtres. Cet état névropathique est en quelque sorte le germe de troubles mentaux plus graves que l'hérédité fera évoluer s'il est fécondé par de nouveaux éléments morbides.

La folie une fois apparue, elle pourra se transmettre pendant plusieurs générations soit sous des formes variées, soit sous des formes similaires. Si les circonstances de la génération sont favorables, le germe tend à s'affaiblir et à disparaître; si au contraire elles combinent des éléments morbides de même nature, l'hérédité psychopathique s'aggrave et aux formes pures de l'aliénation viennent se joindre ou succéder les tendances innées aux anomalies intellectuelles et morales, *aux divers processus de la folie héréditaire*, à l'imbécillité, à l'idiotie et aux lésions congénitales du système nerveux.

Morel donne de l'évolution, de la prédisposition héréditaire aux maladies mentales la description schématique suivante :

« Dans une première génération on n'observera, je suppose, que la prédominance du tempérament nerveux, la tendance aux congestions cérébrales avec ses conséquences naturelles : irritabilité, violences, emportements de caractère. Dans une seconde génération, il sera permis de constater une recrudescence de ces dispositions maladives du système nerveux. On signalera des hémorragies cérébrales, des affections idiopathiques du cerveau ou, tout

au moins, quelques-unes de ces névroses capitales qui se relient, bien plus souvent qu'on ne le croit, aux dispositions antérieures des ascendants : épilepsie, hystérie, hypocondrie. Continuons cette progression, car nous supposons que rien n'est tenté pour arrêter l'enchaînement successif et irrésistible des phénomènes. Dans la génération qui suit, les dispositions à la folie seront pour ainsi dire innées ; les tendances seront instinctives et de mauvaise nature. Elles se résumeront dans des actes excentriques, désordonnés, dangereux. Elles auront ce caractère spécial qui nous permettra de fixer à ces êtres malheureux la place qui leur convient dans la hiérarchie des intelligences déchues par suite des prédispositions héréditaires de mauvaise nature.

« Enfin, la progression allant toujours croissant, il nous sera possible de suivre la succession et l'enchaînement des faits de transmission héréditaire jusque dans leurs dernières ramifications pathologiques, tant au point de vue des dégénérescences de l'ordre intellectuel et moral que des dégénérescences de l'ordre physiologique : surdimutité, faiblesse congénitale des facultés, démence précoce ; ou existence limitée de la vie intellectuelle, stérilité ou du moins viabilité amoindrie chez les enfants, imbécillité, idiotie, et finalement dégénérescence crétineuse. »

Magnan, dans le même ordre d'idées, établit une sorte de gradation qui, partant de la manie et de la mélancolie simples, passe au délire chronique, puis aux folies intermittentes pour aboutir à la folie héréditaire et aux derniers degrés de la dégénérescence mentale (1).

Mais il faut reconnaître qu'il est un certain nombre de cas où il est impossible de suivre l'enchaînement, la succession et la dépendance réciproque des faits d'hérédité et où la dégénérescence est tellement rapide qu'elle semble échapper à l'explication précédente.

Ces faits ont frappé certains observateurs au point qu'ils se demandent si la folie dite héréditaire est due à une plus forte dose d'hérédité que les autres formes de folie, et si par hasard la dégénérescence dont elle est une des manifestations ne serait pas attribuable à des causes

(1) Déjerine, *l'Hérédité dans les maladies du système nerveux ;* 1886.

étrangères à la génération. C'est à peu près cette opinion que Cotard a soutenue devant la Société médico-psychologique (1). Pour lui, les héréditaires sont avant tout des *congénitaux*, des *infantiles*, ou même des *juvéniles ;* leur propre caractère est d'avoir été frappés pendant la période de croissance et de présenter par conséquent des arrêts de développement et des malformations aussi bien au physique qu'au moral.

Cette opinion mérite d'être prise en considération. Il existe en effet un certain nombre de victimes d'anomalies cérébrales chez qui la dégénérescence n'est pas toujours héréditaire mais peut être acquise. Il faut admettre par exemple que les mauvaises conditions du père au moment de la conception et de la mère à ce même moment et pendant toute la grossesse exercent une notable influence sur le développement futur du fœtus. Ainsi on a invoqué les émotions de la femme qui se livre à un coït frauduleux comme une cause du grand nombre d'anormaux que l'on rencontre parmi les enfants naturels. On sait encore que les enfants conçus dans l'ivresse naissent avec de graves dispositions névropathiques ; il en est de même de ceux qui subissent des traumatismes dans le sein maternel. Il semble en outre que tout ce qui trouble la santé de la mère ou impressionne trop fortement son système nerveux soit de nature à retentir sur le fœtus ou à entraver son développement.

D'autre part un enfant né dans de bonnes conditions, et resté normal jusqu'à l'adolescence, peut sous l'influence d'une maladie grave, comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, etc. (2), ou à la suite d'une chute sur la tête ou de tout autre cause accidentelle, subir un trouble de nutrition du cerveau qui le fera descendre au rang des dégénérés.

Cependant il ne faudrait pas exagérer l'importance de ces faits ; en présence de ceux où l'action de l'hérédité accumulée est manifeste, ils ne forment qu'une faible minorité et ne suffisent pas pour infirmer la dénomination

(1) Cotard, *Annales méd. psych.*, 1886.

(2) Marie. *Notes sur l'étiologie de l'Epilepsie.* (*Progrès médical*, 1887.)

de *folie héréditaire* que nous donnons au groupe tout entier.

§ 3. — Symptomatologie générale

1° *Etat mental des Héréditaires.*

Intelligence. — L'intelligence des héréditaires comprend de nombreux degrés que l'on peut ramener à quatre : 1° les intelligents; 2° les débiles; 3° les imbéciles, 4° les idiots (1). Les trois derniers groupes seuls relèvent manifestement de la dégénérescence confirmée, mais le premier s'y rattache néanmoins de très près, parce que si ceux qui le composent sont en possession de toutes ou presque toutes leurs facultés, ces dernières sont inégalement développées et leur fonctionnement accuse une déséquilibration plus ou moins accentuée.

On peut être un héréditaire et posséder une grande intelligence, faire un artiste, un savant, un magistrat, un politique remarquable. C'est alors sur les facultés morales que portera le défaut d'équilibre; c'est par là que cet héréditaire présentera des défectuosités profondes. Moreau (de Tours) relève, dans la biographie de certains grands hommes, une foule d'excentricités et les symptômes d'un trouble mental réel. Morel cite des hommes d'un haut mérite intellectuel qui dans l'intimité de la vie privée offraient les plus singulières aberrations mentales.

Au contraire, tel héréditaire, correct au point de vue moral, offre de véritables trous dans son territoire intellectuel. Il a une mémoire des plus ingrates,est réfractaire à l'étude des chiffres, au calcul, à la musique, au dessin. Bien qu'en possession d'une intelligence moyenne, il se montre cependant absolument nul pour certaines facultés.

Dans d'autres cas, on verra coïncider avec l'insuffisance de l'ensemble des facultés, une mémoire brillante, une facilité étonnante pour la combinaison des nombres, des aptitudes remarquables pour les arts d'imagination, pour les lettres, la poésie. Ces dispositions intellectuelles ou

(1) Magnan, *Société méd. psych.*: 1886.

artistiques se rencontrent à tous les degrés de la dégénérescence mentale et jusque chez les idiots.

Il convient de remarquer cette tendance innée de beaucoup d'héréditaires à entreprendre dès leur jeune âge des études au-dessus de leur intelligence ou de leurs lumières; à se livrer à des lectures abstruses; à composer eux-mêmes des élucubrations nuageuses, mystiques, incohérentes, sybilliques; à voir partout des emblèmes; à découvrir aux choses des significations symboliques; à faire des prophéties; à composer des vers; à se lancer dans les inventions, à creuser des problèmes insolubles. De là cette masse de ratés et d'incompris qui pullulent dans les bas-fonds de l'art et de la littérature, au sein des grandes cités; ce flot de réformateurs et d'apôtres, de théoriciens, d'inventeurs, de pontifes, de poètes et même de philosophes qui ne sont que des candidats à la folie héréditaire.

Il en est qui présentent dès l'enfance une intelligence très développée; ils apprennent avec une étonnante facilité et passent pour de petits prodiges; puis quand arrive la puberté, leurs brillantes qualités s'évanouissent et leur développement intellectuel se suspend définitivement.

Une des facultés les plus profondément atteintes chez les héréditaires est le jugement. Un rien les passionne, les exalte et modifie leurs idées et leurs sentiments. Leurs opinions sont bizarres, originales, hérétiques, paradoxales, toujours en contradiction avec les idées reçues. Leurs jugements, faux ou exagérés, sont exclusivement motivés par leurs passions et leurs idées préconçues. Enthousiastes et primesautiers, ils sont de toutes les exagérations, de toutes les insanités, de tous les fanatismes.

L'intelligence de ces individus est souvent fort active; ils ont de la facilité, une imagination éveillée, une grande facilité de parole, des dehors brillants. Aussi sont-ils presque toujours méconnus dans le monde où ils passent pour de simples originaux, quand on ne les considère pas comme des êtres supérieurs. Cependant, ce sont souvent des débiles intellectuels chez qui tout est factice et dont le langage, la tenue et les manières sont copiés sur un modèle toujours le même.

Sensibilité morale : (a) *Déséquilibration morale.* — La

sensibilité morale est profondément atteinte chez presque tous les héréditaires.

Chez les héréditaires de rang supérieur, elle est soumise à des fluctuations incessantes entre l'exaltation et la dépression. Susceptibles, impressionnables à l'excès, ils sont doués d'une véritable *diathèse d'irritabilité;* ils réagissent vis-à-vis des influences les plus légères. Un changement dans l'état de l'atmosphère, une circonstance insignifiante en elle-même, mais imprévue, un accident dérangeant l'ordre de leurs habitudes les jette dans un trouble pénible. Quelques-uns sont d'une violence, d'une irritabilité telles que la moindre contrariété leur procure des colères épouvantables accompagnées de symptômes convulsifs. Ils passent de l'enthousiasme au découragement avec la plus déplorable facilité. Ce n'est pas seulement dans les circonstances douloureuses, comme les catastrophes domestiques, la mort d'amis ou de proches, que leur sensibilité est mise en émoi ; il suffit pour cela des causes les plus futiles et même les plus ridicules, et tel qui restera presque indifférent au dernier soupir d'une personne chère donnera les signes du plus violent désespoir en apprenant la mort d'un animal favori. L'amour exagéré des animaux a été signalé comme une des bizarreries de caractère de ces individus. Un grand financier, cité par Morel, donnait les signes d'une véritable douleur délirante à propos de la mort d'une des nombreuses grenouilles qu'il élevait dans une mare de son parc.

On observe aussi chez ces individus des sympathies et des antipathies incroyables. La vue, le contact, l'odeur de certains objets est pour eux la cause d'une souffrance morale qui a pour base une crainte aveugle et irrésistible.

(b) *Obsessions, idées fixes.* — Ils sont tourmentés par des *idées fixes*, des *obsessions bizarres*. Le besoin d'accomplir certains actes extravagants est tel, qu'ils ne peuvent, qu'à ce prix, et pour un temps, recouvrer le calme de leur esprit et la libre possession d'eux-mêmes. Mais les idées fixes et les obsessions sont parfois du caractère le plus dangereux, telles sont les impulsions à l'homicide, au suicide, au vol, à l'incendie, aux excès alcooliques, aux actes immoraux; impulsions qui finissent, dans nombre

de cas, par devenir irrésistibles et entraîner les plus terribles conséquences.

Une marque probante de la nature dégénérative de ces obsessions émotives, de ces impulsions, de ces étrangetés morales, c'est qu'elles se manifestent parfois dès l'âge le plus tendre, et qu'on les a constatées chez des enfants de quatre ou cinq ans (1).

Lorsqu'elles prennent certaines proportions, ces diverses particularités psychopathiques en arrivent à constituer de véritables délires qui se développent, se modifient, disparaissent, reviennent, s'enchevêtrent les uns les autres, chez le même individu, véritables épisodes (2), se succédant sur le fonds continu et invariable de la dégénérescence mentale.

(c) *Perversions morales.* — Toute une catégorie d'héréditaires est remarquable par de nombreuses défectuosités du moral et du caractère. Ils sont d'un orgueil sans bornes et résument en eux toutes les perfections, toutes les vertus. Leur égoïsme féroce s'allie à la malveillance, à l'envie, à une humeur hargneuse et chagrine.

La plupart n'ont aucun sentiment de la morale et ne s'inquiètent que médiocrement des lois sociales ; ils ont des maîtresses sous le toit conjugal, épousent leurs servantes ou des prostituées, ne reculent pas toujours devant l'inceste, s'abandonnent en secret aux vices les plus ignobles et se livrent avec emportement à tous les excès. Les uns sont dominés par les passions viles, l'avarice, le jeu, la boisson ; les autres sont paresseux, imprévoyants, dissipateurs ; tous manquent d'esprit de conduite et se laissent aller aux écarts les plus dangereux pour eux-mêmes et pour les autres.

(d) *Idiotie morale.* — A un degré inférieur, dans l'échelle des dégénérescences, on rencontre une véritable *imbécillité* ou *idiotie morale;* elle s'accompagne souvent d'une diminution plus ou moins marquée de l'intelligence ; mais cette règle n'a rien d'absolu, et il arrive au contraire parfois qu'elle coïncide avec des facultés remarquablement développées.

(1) Magnan, *Annales méd. psych.*, 1885
(2) Id., *ibid.*

Dès leur jeune âge, les individus atteints d'imbécillité morale présentent des instincts pervers, des sentiments dépravés, des penchants mauvais et incoërcibles. Ils sont fantasques, excentriques, paresseux, querelleurs, emportés et violents. Ils se font renvoyer de toutes les institutions où on les place. Ils encourent parfois prématurément les rigueurs de la justice et doivent passer par les maisons de détention et de correction. Ils sont réfractaires à toute éducation. La culture intellectuelle la plus complète est elle-même impuissante à modifier leurs instincts pervers, et selon la remarque de Bourdin, les dégénérés instruits et lettrés sont les plus redoutables de tous.

A l'époque de la puberté, ils éprouvent des troubles intellectuels sous l'influence de la moindre cause. Chez les filles, la menstruation s'établit difficilement et donne lieu aux accidents les plus variés : chlorose, hystéricisme, exagération de la sensibilité avec tendance aux larmes, catalepsie, somnambulisme, chorée, émotivité excessive, scrupules exagérés, inquiétudes d'esprit motivant des interrogations sans fin, doute, crainte des contacts, mysticisme, privation volontaire d'aliments, excentricités, et accès de délire agité ou mélancolique. Les jeunes gens sont masturbateurs, vicieux, incendiaires, suicides, nostalgiques. Ils s'abandonnent au vol, au vagabondage et s'affilient aux malfaiteurs. Eux aussi sont parfois choréïques, somnambules, érotomanes, persécutés, scrupuleux ou religieux à l'excès, tourmentés par le doute universel et l'hypocondrie morale. Nous retrouvons ainsi chez ces dégénérés inférieurs, mais avec un développement plus précoce, toutes les particularités *psychopathiques* que nous avons déjà constatées chez les simples déséquilibrés de rang supérieur.

Une autre particularité spéciale à ces héréditaires, c'est une instabilité mentale incessante. Beaucoup gaspillent leur fortune en vagabondages, en pérégrinations incohérentes et finissent par échouer dans la maison de santé ou l'asile d'aliénés. D'une façon générale, cette instabilité mentale se traduit par l'impossibilité de se fixer dans la vie, de suivre une direction déterminée, d'embrasser aucune profession, de subir les conventions sociales, de se conformer aux lois ou à une discipline quelconque.

Après avoir scandalisé le monde par l'excès de leurs fautes, ils l'étonnent par l'éclat de leur conversion et entrent dans les couvents les plus austères pour en sortir bientôt et reprendre le cours de leurs débordements (1). Ils n'aiment absolument qu'eux-mêmes : « Mauvais fils, amants volages, époux distraits, pères oublieux, ils ont le cœur sec et froid... Etres changeants, versatiles, inconséquents, paradoxaux, ils réagissent toujours d'une manière capricieuse et exagérée. Systématiquement hostiles à toute action moralisatrice, insensibles aux joies de la famille, inaccessibles aux douceurs de l'affection, instinctivement portés à la rébellion, aux extravagances et au scandale, ils sont méchants et font le mal pour le mal (2). »

La vie avec de pareils êtres n'est que luttes cachées, querelles intestines, souffrances morales horribles. Finissent-ils enfin par échouer dans un établissement d'aliénés, ils en deviennent le fléau et y suscitent les désordres les plus multipliés. Habiles à cacher leurs défectuosités morales pourtant si profondes, ils en imposent par leur apparente lucidité à leurs parents, aux magistrats, aux employés eux-mêmes des asiles. A force d'instances, de démarches écrites, de réclamations comminatoires, ils réussissent à recouvrer la liberté, et ne tardent pas à reprendre le cours de leur vie irrégulière et désordonnée.

2° *Stigmates physiques.*

Les signes physiques de la folie héréditaire sont extrêmement variés. En général, la dégénérescence est d'autant plus accentuée qu'ils sont réunis en plus grand nombre chez le même individu.

Tantôt les proportions des diverses parties du corps sont diminuées ou augmentées, la taille trop petite ou trop grande, les membres inégalement développés, parfois frappés de paralysies partielles, le système pileux anormal. Tantôt le crâne présente des malformations diverses, une petitesse ou un volume exagérés, des saillies difformes, des crêtes, des proéminences, des dépressions

(1) J. Falret, *Annales*, 1867.
(2) Legrand du Saulle, *Annales méd. psych.*, 1876.

inusitées. Campagne a signalé, comme signe fréquent, presque constant chez les dégénérés raisonnants, un aplatissement de la région postérieure de la tête (1). Les membres sont parfois atteints d'anomalies telles que polydactylie, doigts palmés, pied bot, main bote.

Le visage offre des anomalies nombreuses, un front trop exigu ou trop haut par rapport aux autres parties, une absence d'harmonie dans les traits, des asymétries très développées, des tics, des contractions choréiformes de certains muscles de la face ; ou encore de la langue d'où résulte le bégaiement. Du côté des yeux, on observe du strabisme, du nystagmus, des pigmentations irrégulières et une insertion vicieuse de la choroïde ; des vices de conformation de l'iris. La bouche peut être d'une grandeur exagérée, les mâchoires proéminentes, les lèvres épaisses, la dentition irrégulière, atteinte d'anomalies et frappée de décadence précoce; la voûte palatine asymétrique et resserrée.

Les oreilles sont asymétriques, vicieusement implantées. les pavillons écartés, amincis ou complètement déplissés, les lobules absents.

Les sens sont souvent imparfaits, le goût surtout qui peut manquer totalement.

Des anomalies importantes et curieuses sont celles qui frappent les organes génitaux des deux sexes. Ces imperfections qui sont si fréquentes chez les idiots et les imbéciles, ne sont pas rares chez des dégénérés appartenant à une catégorie supérieure et consistent non seulement en des arrêts mais encore en des anomalies de développement variées (hermaphrodisme, épispadias, hypospadias, atrophie des testicules, stérilité, bassin féminin chez l'homme).

Dans les cas où les organes de la génération sont normalement conformés extérieurement, il n'est pas rare de voir leurs fonctions perverties. C'est l'éveil précoce du sens génital, l'onanisme des enfants et des adolescents, l'excitation anormale des fonctions sexuelles, la frigidité, l'impuissance, les obsessions et les dépravations génésiques chez les adultes.

La santé des héréditaires peut être troublée à chaque

(1) Campagne, *Traité de la folie raisonnante* : Paris.

instant par des maladies imprévues qui abattent leurs forces et bouleversent leur système nerveux. Un des accidents les plus communs auxquels ils soient sujets est l'accès congestif, avec ou sans attaque épileptiforme, avec ou sans phénomènes de paralysies ; accès qui peut se produire à toutes les périodes de l'existence. Il en résulte à diverses reprises dans la vie des individus des troubles nombreux du côté de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté, de la sensibilité, de la parole et du mouvement. Tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'un dernier accès, plus grave que les autres, amène la terminaison fatale.

L'enfance des héréditaires est fréquemment marquée par des troubles du système nerveux qui revêtent une forme choréique, convulsive, pseudo-méningitique ou délirante. Comme nous l'avons dit précédemment, l'évolution de la puberté chez beaucoup d'entre eux est lente et difficile, et c'est souvent à ce moment que se décide leur avenir : ils évoluent définitivement ou vers l'imbécillité confirmée ou vers l'instabilité mentale et la folie héréditaire.

Un autre point à noter, c'est la façon originale dont se comportent les héréditaires vis-à-vis de l'alcool : les uns y sont tellement sensibles qu'ils délirent à la moindre dose de boissons alcooliques; les autres au contraire y sont tellement insensibles qu'ils ne peuvent s'enivrer et sont réfractaires aux plus forts excès.

§ 4. — Formes de la folie héréditaire

Dans le cours de son existence, l'héréditaire peut présenter successivement ou simultanément la plupart des symptômes que nous venons de passer en revue; il pourra éprouver des obsessions, des impulsions irrésistibles, des idées fixes, des perversions morales, de l'excitation accompagnée d'actes incorrects et désordonnés, suivant l'époque de sa vie où on aura occasion de l'observer. Il est plus ordinaire cependant de voir ces troubles psychiques se grouper de différentes façons chez chaque malade pour former une individualité morbide spéciale.

Chez les uns prédominent les obsessions mentales, avec ou sans impulsions irrésistibles ; chez les autres, ce sont

les idées fixes, engendrant des délires systématisés variables ; chez d'autres, ce sont les perversions morales et les désordres des actes; chez d'autres enfin, ce sont des accès de folie polymorphe, revêtant tantôt la forme maniaque, tantôt la forme mélancolique, tantôt l'aspect du délire systématisé, mais avec certains caractères spéciaux qu'il convient de signaler. Nous allons décrire successivement ces quatre modalités différentes de la folie héréditaire.

1° *Obsessions mentales. — Impulsions irrésistibles.*

Monomanie impulsive des auteurs; délire émotif (Morel); folie impulsive (Dagonet); folie avec conscience (Falret); syndrômes épisodiques (Magnan).

Lorsqu'une obsession mentale, après avoir fait irruption dans l'esprit d'un individu, s'y fixe à demeure et s'accompagne de dépression mélancolique, d'angoisse, d'anxiété et d'impulsions irrésistibles, elle cesse d'être le phénomène banal qu'on observe à un moment donné chez tous les prédisposés, pour devenir le symptôme principal d'un état pathologique bien caractérisé.

Cet état psychopathique revêt des aspects très nombreux, et il en est assurément qui ne sont pas encore décrits. Nous nous bornerons à la description sommaire des principaux, tout en faisant observer qu'ils ne constituent pas des formes de folie autonomes, mais de simples syndrômes qu'on peut rencontrer simultanément ou successivement chez le même héréditaire. Dans les unes domine l'*obsession*, l'idée fixe, une crainte quelconque avec angoisse progressive ; dans les autres, à l'obsession se joint l'impulsion irrésistible à des actes excentriques ou dangereux, dont la non satisfaction s'accompagne d'une souffrance morale insupportable; dont la satisfaction en revanche, est suivie d'une détente, d'un véritable soulagement.

Magnan a groupé dans un tableau concis et cependant complet, tous les symptômes caractéristiques de ces états psychiques.

a	1° Obsession.	3° irrésistibilité.
	2° Impulsion.	
b	4° Conscience complète de l'état.	
	5° Angoisse concomitante.	
c	6° Satisfaction consécutive.	

travers un passage de plus en plus étroit, et s'enfuient à travers rues et champs, en proie à la plus violente terreur.

La guérison de la peur des espaces n'est pas impossible, mais elle est presque toujours momentanée, et la névrose héréditaire ne manque pas de réapparaître soit sous cette forme, soit sous une forme nouvelle.

Folie du doute. — Le doute perpétuel est une forme de neurasthénie psychique observée depuis Esquirol (1), et désignée sous des noms divers. Il se combine le plus souvent avec d'autres aberrations mentales, en particulier avec la crainte du contact des objets extérieurs. Il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, chez les personnes des hautes classes que chez celles qui appartiennent au rang inférieur de la société.

Le mal débute souvent dans l'enfance, ou à l'époque de la puberté. Il suit une marche insidieuse et peut passer longtemps inaperçu. Ce sont d'abord des scrupules exagérés, des craintes puériles. Le malade n'est plus sûr de lui-même, a peur de se tromper, de commettre des fautes; il éprouve le besoin de vérifier à plusieurs reprises la moindre de ses actions, et à s'entourer des précautions les plus minutieuses. Il vit dans une hésitation constante, passe son temps à délibérer sans pouvoir aboutir à une certitude, à se poser des points d'interrogation, à s'irriter contre lui-même et contre sa propre faiblesse, et à pousser jusqu'à l'épuisement un combat intellectuel énervant et stérile. Il a une pleine conscience de son état et en apprécie exactement le caractère maladif. Peu à peu, si la névrose a de la tendance à s'aggraver, il devient ombrageux, craintif, égoïste et exigeant; tourmente son entourage de ses plaintes et de ses interrogations ridicules, et arrive à un état d'anxiété générale qui rentre de plain pied dans le domaine de la folie.

Si l'on compulse les observations médicales que possède la science de cette forme de trouble mental, on voit que l'ordre d'idées qui obsède le malade est en rapport avec son degré d'instruction, sa condition sociale et le milieu

(1) Esquirol, *Maladies mentales*; Paris, 1838.

où il vit. Cette sorte de rumination psychologique, ce rabâchage intérieur, porte tour à tour sur Dieu, la Vierge, la naissance du Christ, la création, la nature, la vie, l'immortalité de l'âme, le soleil, la lune, les étoiles, la foudre, la différence des sexes, la conformation des organes génitaux, la copulation, le sommeil, la mort subite, les précipices, le pardon des offenses, les oublis à confesse, les hosties, etc., etc.

Une dame enceinte, citée par Griesinger (1), était obsédée par toute une série d'idées qui s'imposaient à elle sous une forme interrogative : Comment tout se fait-il sur cette terre ? Pourquoi le monde circule-t-il? Pourquoi suis-je assise ici? que signifie cette chaise? Vainement cherchait-elle une réponse à ces questions : il en résultait pour elle un véritable état d'angoisse et de torture intellectuelle. Une première série de questions était-elle résolue, il s'en présentait aussitôt une seconde : Comment les hommes naissent-ils? Pourquoi y a-t-il des hommes? Quel destin est le leur? Ces interrogations arrivaient à l'improviste, avec un caractère d'irrésistibilité absolue, et finissaient par amener une grande fatigue cérébrale, de l'agitation, de la céphalalgie, de l'insomnie et une véritable crise nerveuse.

La maladie du doute se présente souvent sous la forme de scrupules religieux exagérés. Une jeune fille éprouvera, dès l'âge de quinze ans, des scrupules de conscience. Elle a ri le jour de sa première communion! elle a dû aussi cacher un péché à son confesseur. Elle n'était donc pas en état de grâce? Que peut-il en résulter? Qu'est-ce qu'un sacrilège? Comment racheter un sacrilège? Serait-elle pardonnée si pendant un an elle ne mangeait que du maigre?

Il en est qui se tourmentent dès l'enfance pour leurs confessions et leurs communions. Elles croient toujours oublier quelque péché ou craignent de laisser tomber quelques parcelles de l'hostie.

Ces malades éprouvent le besoin d'une affirmation étrangère ; et il leur faut quelques paroles rassurantes pour dissiper momentanément la crise.

La maladie du doute est un syndrôme paroxystique,

(1) Griesinger, *Archiv für Psychiatrie*, 1868-1869.

travers un passage de plus en plus étroit, et s'enfuient à travers rues et champs, en proie à la plus violente terreur.

La guérison de la peur des espaces n'est pas impossible, mais elle est presque toujours momentanée, et la névrose héréditaire ne manque pas de réapparaître soit sous cette forme, soit sous une forme nouvelle.

Folie du doute. — Le doute perpétuel est une forme de neurasthénie psychique observée depuis Esquirol (1), et désignée sous des noms divers. Il se combine le plus souvent avec d'autres aberrations mentales, en particulier avec la crainte du contact des objets extérieurs. Il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, chez les personnes des hautes classes que chez celles qui appartiennent au rang inférieur de la société.

Le mal débute souvent dans l'enfance, ou à l'époque de la puberté. Il suit une marche insidieuse et peut passer longtemps inaperçu. Ce sont d'abord des scrupules exagérés, des craintes puériles. Le malade n'est plus sûr de lui-même, a peur de se tromper, de commettre des fautes; il éprouve le besoin de vérifier à plusieurs reprises la moindre de ses actions, et à s'entourer des précautions les plus minutieuses. Il vit dans une hésitation constante, passe son temps à délibérer sans pouvoir aboutir à une certitude, à se poser des points d'interrogation, à s'irriter contre lui-même et contre sa propre faiblesse, et à pousser jusqu'à l'épuisement un combat intellectuel énervant et stérile. Il a une pleine conscience de son état et en apprécie exactement le caractère maladif. Peu à peu, si la névrose a de la tendance à s'aggraver, il devient ombrageux, craintif, égoïste et exigeant; tourmente son entourage de ses plaintes et de ses interrogations ridicules, et arrive à un état d'anxiété générale qui rentre de plain pied dans le domaine de la folie.

Si l'on compulse les observations médicales que possède la science de cette forme de trouble mental, on voit que l'ordre d'idées qui obsède le malade est en rapport avec son degré d'instruction, sa condition sociale et le milieu

(1) Esquirol, *Maladies mentales*; Paris, 1838.

où il vit. Cette sorte de rumination psychologique, ce rabâchage intérieur, porte tour à tour sur Dieu, la Vierge, la naissance du Christ, la création, la nature, la vie, l'immortalité de l'âme, le soleil, la lune, les étoiles, la foudre, la différence des sexes, la conformation des organes génitaux, la copulation, le sommeil, la mort subite, les précipices, le pardon des offenses, les oublis à confesse, les hosties, etc., etc.

Une dame enceinte, citée par Griesinger (1), était obsédée par toute une série d'idées qui s'imposaient à elle sous une forme interrogative : Comment tout se fait-il sur cette terre ? Pourquoi le monde circule-t-il ? Pourquoi suis-je assise ici ? que signifie cette chaise ? Vainement cherchait-elle une réponse à ces questions : il en résultait pour elle un véritable état d'angoisse et de torture intellectuelle. Une première série de questions était-elle résolue, il s'en présentait aussitôt une seconde : Comment les hommes naissent-ils ? Pourquoi y a-t-il des hommes ? Quel destin est le leur ? Ces interrogations arrivaient à l'improviste, avec un caractère d'irrésistibilité absolue, et finissaient par amener une grande fatigue cérébrale, de l'agitation, de la céphalalgie, de l'insomnie et une véritable crise nerveuse.

La maladie du doute se présente souvent sous la forme de scrupules religieux exagérés. Une jeune fille éprouvera, dès l'âge de quinze ans, des scrupules de conscience. Elle a ri le jour de sa première communion ! elle a dû aussi cacher un péché à son confesseur. Elle n'était donc pas en état de grâce ? Que peut-il en résulter ? Qu'est-ce qu'un sacrilège ? Comment racheter un sacrilège ? Serait-elle pardonnée si pendant un an elle ne mangeait que du maigre ?

Il en est qui se tourmentent dès l'enfance pour leurs confessions et leurs communions. Elles croient toujours oublier quelque péché ou craignent de laisser tomber quelques parcelles de l'hostie.

Ces malades éprouvent le besoin d'une affirmation étrangère ; et il leur faut quelques paroles rassurantes pour dissiper momentanément la crise.

La maladie du doute est un syndrôme paroxystique,

(1) Griesinger, *Archiv für Psychiatrie*, 1868-1869.

rémittent surtout à ses débuts. Il peut même disparaître complétement, ou ne revenir qu'après un intervalle de plusieurs années, soit sous la première forme, soit sous une forme différente. Lorsque la maladie est progressive, elle s'aggrave insensiblement jusqu'à l'*anxiété mélancolique* et jusqu'au *suicide*.

Crainte des contacts. — Délire du toucher. — On a l'habitude d'associer la crainte des contacts à la maladie du doute et de la décrire comme l'un des symptômes de cette dernière. Bien qu'elles soient souvent associées, la crainte des contacts ou *délire du toucher* a une existence indépendante et mérite d'être envisagée à part. On la rencontre rarement seule à la vérité ; mais ce n'est pas seulement avec la folie du doute qu'elle aime à s'associer ; elle s'unit fréquemment à diverses autres aberrations mentales ou alterne avec elles.

Quoi qu'il en soit, le délire du toucher est constitué dans sa forme la plus simple par la crainte du contact de certains objets. Bien que jouissant d'une intelligence d'ailleurs normale, d'une pleine et entière conscience de l'absurdité et du cachet maladif de ses craintes, un névropathe déclare qu'il a peur de toucher des pièces de monnaie; qu'il lui faut mettre des gants pour recevoir ou compter de l'argent, et qu'il ne toucherait pas le bouton d'une porte ou l'espagnolette d'une fenêtre sans envelopper sa main dans les plis de son vêtement ou de son mouchoir.

On ne peut se faire une idée exacte de la multiplicité des craintes qu'enfante à chaque instant l'imagination de l'individu atteint du délire du toucher : « Ont-ils touché involontairement un objet quelconque avec leurs mains ou leurs vêtements, ils sont obligés de quitter ce vêtement pour ne plus le remettre, ou bien de se laver les mains, et ils passent ainsi une grande partie de leur temps, dans des lavages sans cesse renouvelés. De là naissent de nouveaux doutes, de nouvelles lenteurs dans l'accomplissement de tous les actes de leur vie. Ils se parlent constamment à eux-mêmes, mentalement ou en remuant les lèvres, et se répètent les mêmes mots ou les mêmes idées pour se convaincre que les objets touchés n'étaient pas

malpropres ou les lavages insuffisants. Non contents de se parler à eux-mêmes, ils éprouvent le besoin de faire répéter aux personnes qui vivent avec eux les mêmes mots ou les mêmes membres de phrases, parce que l'assurance réitérée d'autrui leur semble avoir plus de valeur que leur propre affirmation (1). »

Une des formes les plus fréquentes de la névrose qui nous occupe est la crainte des poisons, des venins et des virus. Tel malade refuse de donner la main à son médecin parce qu'il *peut avoir manipulé des poisons*. D'autres ont la crainte des chiens enragés, des morsures et de la bave rabiques.

Une dame s'imagine que le chien de son mari a été abattu parce qu'il était enragé. A partir de ce moment, l'idée d'avoir été en contact avec un chien enragé la hante sans répit. Dans le jardin, il y avait du linge étendu, s'il avait été en contact avec le chien, s'il était imprégné de bave rabique? Ce linge, placé dans l'armoire, n'a-t-il pas contaminé tout le linge de la famille? Mari et enfants ne vont-ils pas avoir la rage? Pendant deux mois elle garde la même chemise et refuse de donner le bras à son mari.

Une jeune fille de la campagne (2) s'imagine qu'un des chiens de la ferme a été en contact avec un chien enragé et qu'il pourrait contracter la rage. D'abord elle évite l'animal; puis elle prend en horreur tous les objets qu'elle supposait avoir été en contact avec lui. Les cordes qui servaient à étendre le linge ayant été jetées près de l'écuelle du chien, elle n'osa plus toucher ni les cordes, ni le linge. Elle éprouvait une répugnance presque invincible à changer de chemise et de vêtements, et passait des heures à se frotter les mains dans un bain de savon pour faire disparaitre toutes traces d'un contact suspect. Ses parents, ne s'astreignant pas aux mêmes précautions, elle n'osait ni les toucher, ni s'approcher d'eux. Elle en arriva à regarder comme suspects et dangereux non seulements les objets, mais encore leurs exhalaisons. Un objet de verre ayant été cassé auprès d'elle, elle eut peur d'en avoir absorbé des fragments en respirant. Son père ayant rapporté à la main

(1) J. Falret, *De la folie raisonnante*. (*Annales méd. psych.*, 1886.)
(2) Marcé, *Traité des maladies mentales;* Paris, 1862.

un serre-tête dont il s'était muni pour consulter une somnambule, la malade en conçut pendant deux ans des appréhensions très vives, craignant que cet objet de toilette n'eût conservé quelque puissance magnétique.

Un trouble névropathique intimement lié à la crainte du contact est ce qu'on pourrait appeler la *zoophobie* ou horreur des animaux. Nous venons de la constater pour le chien en tant que pouvant donner la rage; mais elle existe sans cette complication et a pour objet le plus souvent la souris, le rat, la grenouille, le crapaud, l'araignée et autres animaux immondes. Elle s'accompagne d'angoisse et de ce malaise vertigineux dont nous avons parlé à propos de l'agoraphobie.

Enfin la crainte des contacts revêt les formes les plus étranges et les plus inattendues. Magnan cite l'exemple d'un enfant qui est pris d'anxiété à la vue d'un fruit velu, comme une pêche ou un abricot, et qui ne peu toucher ces fruits ou les manger avant qu'ils aient été pelés (1). Une dame, observée par Baillarger, luttait en vain depuis plus de vingt ans contre la crainte extrême de toucher ou même de voir tout ce qui sert à écrire. Cette crainte avait été précédée de celle de faire des fautes d'orthographe et d'être pour ce fait tournée en dérision. Insensiblement, elle en arriva à avoir des crises d'agitation et même de fureur à la simple vue d'un crayon. Elle ne séjournait jamais dans une chambre garnie d'un tapis, car des crayons auraient pu se trouver entre le tapis et le parquet. Dans la rue, elle ne se promenait qu'entre deux personnes qui lui cachaient la vue des boutiques des libraires ou des papetiers. Cette malade était obsédée, en outre, par des idées de doute et des scrupules de tout genre. Elle craignait d'avoir commis des actes d'impureté.

Toute *crainte* pathologique a sa contre-partie. L'*agoraphobie* a pour opposé la *claustrophobie*. La *kleptomanie*, impulsion irrésistible au vol, a pour contre-partie la *kleptophobie*, ou crainte de s'emparer de ce qui est aux autres. La *pyromanie*, tendance irrésistible à mettre le feu, a pour pendant la *pyrophobie*, ou crainte des allumettes et du feu.

(1) Déjerine, *L'Hérédité dans les maladies du système nerveux*; Paris. 1886.

A la *zoophobie* dont nous venons de parler, nous pouvons opposer la *zoophilie*, ou amour exagéré des animaux qui a donné à Magnan l'idée de la *folie des antivivisectionnistes*. De même, c'est ainsi qu'à côté de la crainte des contacts impurs, on rencontre quelquefois le besoin irrésistible de toucher des choses malpropres, de manipuler des matières fécales, de collectionner des déchets épidermiques, des excrétions diverses (lochies, sang menstruel, cérumen, etc.)

La crainte des contacts présente des phases suspensives, des rémissions plus ou moins longues, mais elle revient presque toujours à la charge et évolue dans le sens d'un état mélancolique incurable.

Onomatomanie. — Cette forme d'obsession mentale a été décrite par Charcot et Magnan (1). Ils désignent sous ce nom un groupe de symptômes dans lequel le *mot* ou le *nom* joue un rôle prépondérant. Ces troubles psychiques s'observent habituellement chez des sujets très élevés dans l'échelle des dégénérescences mentales.

L'*onomatomanie* peut se présenter sous des formes diverses : 1° la recherche angoissante du nom ou du mot; 2° l'obsession du mot qui s'impose et l'impulsion irrésistible à le répéter; 3° la signification particulièrement funeste de certains mots ; 4° l'influence préservatrice de certains mots ; 5° le mot devenu pour le patient un véritable corps solide indûment avalé, pesant sur l'estomac, et pouvant être rejeté par des efforts d'expuition et de crachement. Dans tous les cas, ajoutent les auteurs, les malades ont une entière conscience de leur état ; ils regrettent et déplorent ces idées absurdes, mais ils n'en restent pas moins les esclaves de ces bizarreries.

Pour ces malades, la recherche vaine d'un nom propre, par exemple, s'accompagnera d'obsession, d'angoisse, de serrement épigastrique, de sueurs, de refroidissement des extrémités, de tendances à la syncope. Tel autre est poussé à demander le nom d'inconnus, de gens qu'il rencontre dans la rue, le nom de personnes qui passent en voiture, puis enfin des voyageurs que contient un train. L'impossibilité de réaliser de tels désirs le désole, l'exas-

(1) Charcot et Magnan, *Archives de neurologie*, t. X.

père, et il finit par se séquestrer pour se soustraire à l'obsession des noms.

Un malade de Moreau (de Tours), avait pris l'habitude de ne jamais se séparer d'un almanach des 25,000 adresses, tant l'angoisse qu'il éprouvait était forte quand il était obsédé par un nom propre dont il ne pouvait se souvenir.

A côté de l'onomatomanie, mérite de prendre place l'*arithmomanie* qui n'en est qu'une sorte de variante.

Comme l'onomatomanie, elle coïncide souvent avec les autres syndrômes que nous avons décrits. Un malade atteint de la folie du doute était venu consulter Legrand du Saulle. En sortant, il s'écria: Vous avez quarante-quatre volumes sur cette table et vous portez un gilet à sept boutons. Excusez-moi, c'est involontaire, mais il faut que je compte. Parmi les arithmomanes les plus curieux doit être rangé M. de W..., dont Trélat a publié l'observation (1) et qui, enfermé dans son cabinet, passait son temps à compter combien de fois les mêmes lettres, tantôt l'S, tantôt le T, tantôt le G, tantôt le Z, etc., sont répétés dans la *Genèse*, dans l'*Exode*, dans le *Lévitique*, dans les *Nombres*, dans le *Deutéronome*, dans les *Livres des Rois*, les *Paralipomènes*, l'*Ecclésiaste*, le *Cantique des Cantiques*, l'*Apocalypse*, etc. ; combien de pages, dans telle édition, commencent par un P, combien par un B, combien par un A, etc.; combien finissent par un T, combien par un G, combien par un E, etc.

Le nombre 13 a le don de troubler beaucoup de psychopathes. Nous rappellerons l'observation si connue de cet élève des Beaux-arts, âgé de 21 ans, à antécédents héréditaires très chargés, qui entre autres syndrômes psychopathiques, possédait déjà celui de l'onomatomanie, attribuant une influence préservatrice à certains mots, et prononçant les mots tombeau, linceul, bière, pour conjurer un malheur. Bientôt lui vint à l'esprit l'idée de la fatalité du nombre 13, et quelquefois avant de se coucher il touchait treize fois sa table de nuit, ou treize objets différents épars dans sa chambre. Peu à peu il lui est arrivé de répéter plusieurs fois ces treize contacts et finalement il passait des nuits entières, harassé de fatigue, à

(1) Trélat, *Folie lucide*: Paris, 1860.

parcourir la chambre pour satisfaire ce besoin de toucher les objets.

Coprolalie. — A côté des formes précédentes mérite de prendre place la Coprolalie, ou besoin irrésistible de prononcer des mots orduriers (1). Elle peut se présenter isolément ou associée à divers troubles nerveux de nature convulsive.

Nous en dirons autant de la *manie blasphématoire*, signalée par Verga. Certains malades obsédés ne peuvent se livrer à la prière sans qu'il leur vienne à la bouche des blasphèmes.

Impulsions au suicide et à l'homicide. — Le phénomène dont il va être question dans les paragraphes suivants, n'est en définitive que *l'obsession*, *l'idée fixe* que nous venons étudier dans les pages précédentes, l'obsession ayant pour objet, non quelque chose de fâcheux à subir, mais à accomplir, perdant le caractère passif que nous lui connaissions jusqu'ici pour tendre vers l'état actif. Elle n'est pas continue, mais revient par accès accompagnés de dépression mélancolique, d'anxiété et d'angoisse (2) ; après avoir persisté pendant un temps plus ou moins long, elle disparaît complètement, ou pour revenir plus tard ou pour faire place à une autre.

« Tous ou presque tous les monomanes homicides, dit Esquirol, étaient d'une constitution nerveuse, d'une grande susceptibilité; plusieurs avaient *quelque chose de singulier dans le caractère, de bizarre dans l'esprit*. Tous, avant la manifestation du désir de se tuer, étaient incapables de nuire; ils étaient doux, bons, honnêtes gens et même religieux. »

On ne saurait trouver une meilleure preuve de la nature héréditaire des impulsions morbides que celle du suicide. Déjà Voltaire avait signalé ce fait étrange de plusieurs membres d'une même famille se suicidant les uns après les autres; depuis, Gall, Esquirol, J. P. Falret, Moreau

(1) Gilles de la Tourette, *Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de Coprolalie*. (*Arch. de Neurol.* t. IX.)

(2) J. Falret, *De la folie raisonnante;* Paris, 1866.

(de Tours), Lucas, Morel et autres ont accumulé des faits du même genre.

Plus que toutes les autres peut-être, la transmission de cette tare psychopathique a un caractère fatal, inéluctable, et les exemples qui en sont cités partout sont de nature à frapper profondément l'esprit le moins prévenu.

Ainsi dans une famille, le grand-père de la mère s'est jeté à l'eau, le père s'est pendu ; deux sœurs de la mère se sont jetées dans leur puits (une autre sœur est morte folle ; les autres parents du côté de la mère ont la tête plus ou moins dérangée) (1).

Dans une autre, composée de six enfants, on voit le plus jeune, âgé de vingt-sept ans, se précipiter du haut du toit de sa maison ; un second frère qui lui donnait des soins faire plusieurs tentatives de suicide et mourir un an après des suites d'abstinence prolongée et répétée. L'année suivante, un autre frère a un accès de manie dont il guérit ; un quatrième frère, médecin, se tue ; deux ou trois ans après, une sœur devient d'abord maniaque et fait mille tentatives de suicide ; le sixième frère est à la tête d'un grand commerce, il eût fini comme ses frères s'il n'était retenu à la vie par ses enfants et par sa femme qui est pour lui un ange tutélaire par ses soins et par sa tendresse.

Dans une observation récente dûe à Maccabruni (1), on voit le père se suicider à soixante ans d'un coup de pistolet ; deux de ses fils et un de ses petits-fils se donner la mort avec la même arme, une fille s'empoisonner, et un autre fils, poussé comme les autres au suicide, ne résister que par égard pour sa femme.

L'hérédité de similitude dans le suicide est poussée à ce point, que ceux qui en sont victimes recherchent souvent des moyens d'exécution identiques. La pendaison est un des procédés les plus uniformément usités ; vient ensuite la submersion.

Enfin l'hérédité du suicide n'est pas seulement *similaire*, il lui arrive souvent d'être *homochrone*, c'est-à-dire de se

(1) Baillarger, *Notes au Traité des maladies mentales* de Griesinger, déjà cité.

(2) Déjerine, *loc. cit.*

manifester chez les descendants au même âge que chez les ascendants.

L'impulsion au suicide, malgré ses caractères d'hérédité de similitude et de fatalité, n'est par elle-même qu'une manifestation psychopathique d'un état mental plus complexe ; elle coïncide ou alterne avec des troubles de même nature : l'impulsion à l'homicide, les perversions sexuelles, l'impuissance, la dipsomanie, la pyromanie ; elle s'accompagne d'un état mélancolique intermittent comme elle-même, et de nombreux cas d'aliénation et de déséquilibration mentale se rencontrent en même temps qu'elle dans les familles où elle se produit.

L'*impulsion à l'homicide* est moins fréquente que l'impulsion au suicide ; néanmoins la science en possède de nombreux cas. Parmi les observations si disparates que Marc (1) a réunies sous le titre de monomanie homicide, il en est quelques-unes de caractéristiques. Les malades qui éprouvent cette terrible impulsion ont pleine conscience de sa nature morbide et de son irrésistibilité.

La forme *paroxystique* des impulsions à l'homicide ressort de l'étude de beaucoup d'observations. L'acte accompli est suivi d'un sentiment de détente, de soulagement, et l'obsession disparaît pour un temps. Diverses circonstances physiques, comme l'époque de la puberté, l'éruption des règles, coïncident avec le retour de l'accès.

L'imitation semble jouer un certain rôle dans la naissance des impulsions homicides et suicides, comme en font foi quelques observations d'Esquirol. Enfin, disons que si les impulsions peuvent exister à l'état isolé, elles coëxistent souvent avec d'autres troubles mentaux de nature mélancolique. Mais ce qui caractérise dans tous les cas l'homicide impulsif, c'est l'absence complète de motif venant conditionner le crime et la pleine conscience de son état.

Dipsomanie. — L'impulsion irrésistible à boire ne saurait, pas plus que les impulsions précédentes, être considérée comme une affection indépendante.

(1) Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires;* 1840.

Le dipsomane, comme l'homicide, le suicide, est un héréditaire, un déséquilibré ; outre le besoin irrésistible et paroxystique de boire, on peut relever chez lui, à diverses époques de son existence, d'autres accès monomaniaques, comme le prouvent les observations citées par les auteurs, et on lui trouve à l'état permanent bon nombre des incorrections mentales qui appartiennent aux dégénérés.

Trélat (1) a fourni en quelques mots qui méritent d'être conservés, les éléments du diagnostic de cet état maladif : Les ivrognes, dit-il, sont des gens qui s'enivrent quand ils en trouvent l'occasion; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend.

La dipsomanie (2) a pour caractère de se traduire par des accès essentiellement intermittents et paroxystiques. L'accès est précédé de prodrômes, toujours les mêmes : sentiment vague de tristesse, découragement, dépression croissante, incapacité de tout travail et même de toute réflexion. Puis viennent les idées noires, les obsessions, les perversions du caractère. En même temps, les malades éprouvent de l'anxiété épigastrique, du dégoût pour les aliments, un sentiment d'ardeur et de brûlure à l'estomac et au gosier. Une soif ardente s'éveille, soif particulière, accompagnée du besoin irrésistible de boire quelque chose d'excitant. Désormais rien ne les arrête; les abus de confiance, le vol, la prostitution leur sont bons pour se procurer la boisson désirée.

Les malades ont pleine conscience de leur trouble mental; ils le déplorent et luttent contre l'obsession qui les envahit. Ils se morigènent, s'encouragent à la résistance, et après avoir succombé se vouent eux-mêmes à l'opprobre et au mépris.

Beaucoup de dipsomanes se cachent et disparaissent de chez eux pendant leurs accès. Toutes les boissons leur sont bonnes : le vin, l'eau-de-vie, l'absinthe, le vulné-

(1) Trélat, *Folie lucide*.

(2) Magnan, *Leçons sur la dipsomanie* (*Progrès méd.*, 1884); Lasègue, *Archiv. gén. de médecine*, 1862; A. Foville, *Dict. de méd. et de chir. prat.*

raire, la teinture de menthe, l'eau de Cologne. La plupart boivent sans choix et au hasard des occasions.

La durée de l'accès n'a rien de fixe; elle est comprise entre deux et quinze jours. Il n'y a aucune périodicité régulière dans le retour de l'obsession, qui peut même ne pas se faire sentir pendant des années. Mais il est plus ordinaire de voir les accès se rapprocher de plus en plus à mesure qu'ils augmentent de nombre.

Les femmes y semblent plus sujettes que les hommes dans une assez forte proportion. Beaucoup de ces malheureuses finissent par tomber dans le dernier degré de l'abjection. Telle qui est chaste et réservée dans ses intervalles de sobriété n'a pas plutôt commencé à boire qu'elle perd toute retenue. Pour un verre d'alcool, elle se donne au premier venu. Elle fréquente les bouges de la plus basse prostitution et s'adonne aux débauches les plus honteuses. Parfois elle est obligée de laisser jusqu'à ses vêtements pour solder sa dépense.

La dipsomanie s'observe encore chez des individus qui semblent exempts de tare héréditaire, mais qui ont éprouvé préalablement des troubles cérébraux congestifs, apoplectiformes ou épileptiformes. On peut dire de ces individus qui répondent au groupe des *cérébraux* de Lasègue, qu'ils ont en quelque sorte *hérité d'eux-mêmes* et que leur maladie cérébrale préalable a modifié leur constitution psychique dans le même sens que la dégénérescence originelle.

Outre les tendances suicides et homicides, on retrouve chez ces malades du mysticisme, des impulsions érotiques; une apparition trop précoce ou encore trop tardive de l'intelligence, certains phénomènes nerveux de nature convulsive ou hystérique. S'ils ne sont pas toujours dans un état délirant, ils tiennent toujours un pied dans le domaine de la folie. Ils ont un caractère fantasque, emporté, enclin à l'exagération et surtout à la tristesse.

Kleptomanie. — On désigne sous ce nom une impulsion consciente et irrésistible au vol. Si l'on étudie les particularités mentales des vrais *kleptomanes*, on voit qu'il s'agit d'héréditaires appartenant aux divers degrés de l'échelle des dégénérés ; principalement aux degrés infé-

rieurs. Ce sont des instinctifs, des semi-imbéciles. Nous retrouverons ce caractère d'infériorité mentale chez les pyromanes qui presque toujours appartiennent à la catégorie des faibles d'esprit.

Dans la *kleptomanie* comme dans les autres troubles mentaux avec impulsions conscientes, on retrouve l'intermittence, le phénomène du paroxysme, de la crise. L'obsession afflige le patient et quand il y succombe, il éprouve souvent des regrets et même des remords.

Pyromanie. — Bien que l'impulsion à mettre le feu puisse se manifester chez n'importe quel déséquilibré, il est plus ordinaire de la voir se développer chez les individus appartenant à une des catégories inférieures de la dégénérescence mentale. Toutes les fois qu'à la campagne dans un village, dans une commune, des incendies se répètent à des intervalles rapprochés, il faut en chercher l'auteur dans quelque garçon ou quelque fille à développement physique et intellectuel incomplet. Cependant tous les dégénérés qui allument des incendies multiples ne sont pas des impulsifs conscients; les uns, en effet, agissent sous l'influence d'un motif, le plus souvent futile, mais, en l'état de leur intelligence, suffisant pour les déterminer à commettre le crime : ils sont au plus bas de l'échelle intellectuelle ; ce sont des imbéciles, voire même des idiots.

Les autres, en plus petit nombre, et ce sont les plus intelligents, incendient sans motif, mais poussés par une impulsion irrésistible, dont ils ont conscience, contre laquelle ils luttent et à laquelle ils ne succombent qu'après les plus pénibles souffrances morales. L'acte accompli, ils éprouvent immédiatement un sentiment de détente et de soulagement, jusqu'au retour d'un nouvel accès paroxystique. Ceux-là sont de véritables *pyromanes*.

C'est surtout au moment de l'établissement de la puberté que prend naissance l'impulsion irrésistible à l'incendie. Elle n'est qu'un des mille troubles névropathiques qui accompagnent une évolution difficile de la fonction spermatique et surtout menstruelle, car il est remarquable que la pyromanie véritable se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les filles que chez les garçons.

Aberrations, perversions sexuelles. — Les anomalies, les aberrations et les perversions de l'instinct et de la fonction génésiques sont fréquentes chez les héréditaires. Pour ne pas scinder le sujet, nous les étudierons toutes ensemble, bien que plusieurs d'entre elles appartiennent plutôt à la *folie morale*.

Une anomalie fréquente est l'excitation sexuelle prématurée, et l'apparition, chez les enfants très jeunes, d'habitudes instinctives vicieuses. Il s'agit chez ces sujets d'une excitation spontanée du centre génito-spinal, provoquant, par une sorte de réflexe, les manœuvres organiques.

Une seconde catégorie comprend certains individus chez qui l'orgasme vénérien se produit spontanément sans provocation aucune. Les approches sexuelles rares ou fréquentes n'ont aucune influence sur cet état indépendant aussi de toute action morale.

Enfin dans un dernier groupe prennent place les individus qui présentent une exagération permanente des appétits sexuels. Cet appétit exagéré peut coïncider avec une intelligence parfaitement lucide, mais viciée pourtant par le phénomène de l'irrésistibilité à ce point que ceux qui le ressentent n'hésitent pas à compromettre leur honneur, leur famille et leur position sociale pour satisfaire leurs désirs.

A l'opposé de l'hyperexcitation sexuelle, on rencontre la frigidité et l'impuissance. Il est fréquent de rencontrer, parmi les dégénérés héréditaires, des individus absolument dénués d'appétit génésique. Nombre de *raisonnants*, selon Legrand du Saulle, qui sont en apparence bien constitués, mais qui ont une voix flûtée et eunuchoïde, sont dans ce cas.

Mais ceux qui doivent fixer ici notre attention sont les sexuels obsédés et impulsifs, qui sont de véritables déséquilibrés avec conscience de leur état.

Les uns éprouvent un penchant anormal pour des enfants. Une fille de vingt-neuf ans, citée par Magnan, éprouvait un besoin irrésistible de cohabitation pour un enfant de deux ans et successivement pour tous ses neveux en bas âge. Leur contact lui procurait des sensations voluptueuses, des spasmes et des sécrétions vaginales. Cette malade était désolée et honteuse de ses singuliers désirs.

D'autres sont portés vers les individus du même sexe par suite d'une *inversion du sens génital*. Cette aberration consiste en ce qu'au mépris des lois naturelles, un sexe se sent irrésistiblement attiré vers le sexe de même nom. On l'a signalé chez quelques femmes :

Westphal et Gock ont observé deux jeunes filles qui, dès leur jeune âge, aimaient à s'habiller en garçon, à jouer aux jeux de garçons, rougissaient auprès des jeunes filles, éprouvaient le désir de leur faire la cour et de leur prodiguer des caresses. D'assez nombreuses observations de ce désordre mental ont pour sujets des hommes.

Comme tous les phénomènes morbides de ce genre, il se présente rarement isolé, et n'est que l'anneau d'une chaîne constituée par une série de troubles intellectuels et moraux qui se déroule pendant toute l'existence (1).

Cette étrange aberration du sens génital semble plus commune qu'on pourrait le supposer tout d'abord. Nous l'avons vu coïncider avec des impulsions sodomistiques dont le malade, d'une moralité irréprochable, se montrait honteux et désespéré.

En dehors de cette anomalie bizarre, on constate chez les psychopathes lucides des obsessions très variées. Les uns sont irrésistiblement portés à attacher leurs regards sur les parties sexuelles des hommes, sur la région fessière des femmes, sur l'anus des enfants; cet autre est obsédé par la recherche des clous des souliers des femmes et n'est maître de ses aptitudes génésiques qu'en évoquant l'image d'une semelle ferrée de bottine de femme; celui-ci est obsédé par l'impulsion à voler des tabliers blancs dans lesquels il se livre à la masturbation ; tel autre, enfin, ne peut accomplir l'acte sexuel sans évoquer l'image d'un bonnet blanc (2).

Il semblerait que certains pédérastes offrissent un état mental voisin de l'inversion du sens génital. On trouve chez beaucoup d'entre eux des signes certains de trouble mental et des antécédents marqués d'hérédité morbide. Selon Ball (3), ils seraient souvent atteints d'épilepsie et

(1) Charcot et Magnan, *Des aberrations du sens génésique*. (*Archives de neurologie*, 1882.)
(2) Charcot et Magnan, *loc. cit.*
(3) Ball, *la Folie érotique* : Paris, 1888.

leurs accès d'érotisme suivraient une marche périodique. Ils apportent en naissant une prédisposition cérébrale qui plus tard les rend tributaires d'un vice qui n'est chez eux que la manifestation d'une maladie. Ils présentent dès le principe des tendances efféminées, aiment la toilette, portent des bijoux, se chargent les doigts de bagues et affectent un langage singulier.

La bestialité me paraît, dans certains cas, avoir une origine impulsive. Elle n'est pas rare chez les aliénés.

Guislain a désigné sous le nom de *nécrophiles* des individus que la plus monstrueuse des aberrations mentales pousse à profaner les cadavres. Le plus connu de ces individus est le sergent Bertrand, qui en 1847 et 1848 déterra de nombreux cadavres de femmes. Il s'acharnait d'abord sur eux à coups de sabre, puis les éventrait, en arrachait les viscères et les souillait parfois d'immondes embrassements. Poussé par une impulsion irrésistible, Bertrand ne reculait pas même devant la mort quand son accès, annoncé par de la tristesse, de l'angoisse et de la céphalalgie, s'emparait de lui.

2° *Délire systématisé des héréditaires.*

Monomanies diverses des auteurs.

Le délire systématisé des héréditaires n'a que de lointaines analogies avec le délire systématisé progressif type que nous avons décrit ailleurs. Il ne se complique qu'accidentellement d'hallucinations, n'a pas d'évolution déterminée, et a pour substratum un trouble de la sensibilité morale avec intégrité relative des facultés intellectuelles et du raisonnement. On en peut distinguer plusieurs variétés, selon que le délire roule sur telle ou telle idée fixe; nous les passerons successivement en revue.

Persécutés persécuteurs. — Certains héréditaires présentent une sorte de délire de persécution bien différent du délire de persécution véritable. Le persécuté héréditaire est en effet un être originairement déséquilibré. Dès l'enfance, on a pu constater chez lui les signes de la dégénérescence et du vice phrénopathique. Il présente de l'asy-

métrie faciale, des stigmates physiques, a éprouvé des troubles nerveux divers, des explosions délirantes précoces. Aussitôt à l'âge d'homme, il prend les allures de l'excentrique raisonnant, affiche un immense orgueil et commence à se poser en victime et en persécuté. Ses conceptions, à l'encontre de ce qu'on observe chez le persécuté véritable, ne se systématisent que d'une façon imparfaite, elles restent vagues et flottantes, toujours prêtes à s'accrocher à tout et à tout venant; elles n'ont pas un cachet délirant bien déterminé, n'ont rien de foncièrement absurde, et puisent leur origine dans un point de départ qui peut être empreint d'une certaine vraisemblance. Il n'éprouve presque jamais d'hallucinations ni de troubles de la sensibilité. Les persécutions dont il se plaint sont *purement d'ordre moral:* on lui a porté préjudice, on a nui à sa réputation, à ses succès dans le monde; on lui a volé ses découvertes; on lui refuse justice, etc. Il n'évolue que rarement vers la démence, mais est sujet à subir des accidents nerveux et congestifs et peut finir par l'apoplexie cérébrale. Être demi-fou, demi-pervers, il offre des périodes intermittentes d'exaltation pendant lesquelles il y a une recrudescence de tous les phénomènes psychologiques anormaux, qui revêtent dès lors bien manifestement les caractères de l'aliénation ; dans l'intervalle, tout rentre dans un calme dont un œil exercé peut seul remarquer le caractère relatif et précaire.

Chose remarquable, et qui donne à cet héréditaire son cachet spécial et en fait un type digne d'être isolé, c'est qu'au rebours du persécuté ordinaire, qui se renferme dans une attitude passive dont il ne sort qu'à titre exceptionnel, il met au service de ses dispositions morbides une activité qui ne connaît aucune entrave. Sous prétexte qu'il est *persécuté*, il devient le pire des *persécuteurs*. Lorsqu'il a choisi sa victime, il la poursuit aves un acharnement aveugle et irrésistible. Rien ne l'arrête; son idée le mène, il la suit imperturbable, sans remords, sans scrupules, sans souci des conséquences possibles, plein de lui-même, de ses hautes facultés, de son éducation supérieure, de ses manières distinguées. Il passe ses jours dans les couloirs des ministères, des tribunaux, de la préfecture de police, assiège les hauts personnages, et pro-

digue à tous les représentants de l'autorité les flots abondants de sa prose accusatrice. Lorsqu'il est éconduit, il devient dangereux et ne recule devant aucune extrémité : calomnies, chantage, dénonciations, homicide même. Séquestré, il devient la plaie des Asiles.

Processifs. — A côté des persécuteurs, il convient de placer les processifs (1), les individus atteints de ce qu'on a appelé le *délire de la chicane.*

Chez les processifs comme chez les précédents, il y a, le plus souvent, anomalies du développement du crâne et divers autres symptômes de dégénérescence, indices certains d'un trouble de nutrition congénital. Le sens moral est dévié, car ils sont prématurément immoraux, insoumis, peu scrupuleux du bien d'autrui. La notion du droit n'existe pour eux qu'autant qu'il donne prise sur les autres ; c'est une arme légale, pour parvenir à leurs fins. Pétris d'égoïsme, incapables de la moindre concession, du moindre sacrifice, tout ce qui leur porte préjudice les met hors d'eux-mêmes. Entêtés, emportés, ergoteurs et présomptueux, ils sont peu intelligents et leur faconde, qui en impose quelquefois pour du talent, ne couvre pas longtemps l'indigence de leur judiciaire. Notons encore un trouble de l'imagination, qui défigure les faits et ne les présente que déformés et altérés à la conscience.

Comme les hystériques et les enfants, ils se mentent à eux-mêmes et ont le travers d'inventer. Pleins d'eux-mêmes et de leur infaillibilité, ils ne supportent aucune contradiction, d'où des conflits permanents avec leur entourage.

Un grand nombre de processifs se maintiennent à ce degré de simple anomalie du caractère, véritables fléaux pour ceux qui les approchent. S'ils n'ont pas de procès ou ne peuvent en faire pour eux-mêmes, ils excitent les autres à en intenter et se font alors avocats.

Le véritable délire de la chicane naît sous l'influence du motif le plus futile, la perte d'un procès, quelquefois même, une simple contestation. Alors la passion s'exalte

(1) Krafft-Ebing, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie,* 1878; et *Annales,* 1880.

et atteint instantanément à son paroxysme; le processif sacrifie tout, bien-être, fortune, famille, au besoin qui le tourmente de rentrer dans ses droits. Il s'acharne de plus en plus, et ce qui jusque-là n'était que folle passion devient délire. L'idée ne lui viendra pas que sa cause est perdue parce qu'elle est mauvaise ; il se considère comme martyr ou dupe; les juges sont prévaricateurs, fourbes ; il en vient à maltraiter les exécuteurs de la loi. On en voit s'ériger en protecteurs ou avocats interlopes des opprimés; témoin cet homme qui fonda la société des opprimés, c'est-à-dire des évincés juridiques.

Le plus souvent les processifs ne sont reconnus tels que lorsqu'ils ont gaspillé leur fortune en procès, troublé l'ordre public ou même commis quelque crime.

Jaloux. — Parmi les déséquilibrés persécuteurs, il faut faire une place à certains individus qu'un sentiment de jalousie absurde, injustifié et irrésistible, pousse aux actions les plus coupables et les plus nuisibles.

D'abord accompagnée d'un excès d'amour, la jalousie ne tarde pas à se compliquer de haine, d'une haine aiguisée et investigatrice qui pousse les malheureux jaloux à rechercher jusque dans les détails les plus secrets de la vie des preuves de leur prétendue infortune. Ils les trouvent dans le parfum inusité d'un vêtement, dans l'expression d'un regard, dans l'inspection des parties les plus intimes du vêtement où ils croient retrouver les traces matérielles d'une odieuse infidélité. Les femmes surtout sont habiles à ces prétendues découvertes.

Enfin, cette passion devient tellement violente qu'elle en arrive à constituer un véritable délire systématisé.

Mystiques. — La passion du merveilleux est une des formes qu'affectionne l'excentricité d'esprit. Elle se fait jour dès le plus jeune âge et est affaire de tempérament et de prédisposition héréditaire.

Les mystiques recherchent avidement le bizarre, le mystérieux, l'incompréhensible. Ils sont à l'étroit dans le domaine des réalités; il leur faut le monde des chimères, du fantastique, de l'inconnaissable. Selon les hasards de leur éducation, de leurs fréquentations, de la mode, ils se

lanceront à corps perdu dans la religion, le spiritisme, le magnétisme, la magie, les sciences occultes. Ils fonderont des sectes, découvriront des mystères nouveaux, inventeront des miracles, et créeront même de toutes pièces des religions jusqu'alors inconnues.

Le mysticisme religieux est le plus fréquent. Il résiste, chez certains esprits, à la culture la plus variée et la plus complète. On le rencontre à tous les degrés de l'échelle intellectuelle, et s'il est fréquent chez les dégénérés et les imbéciles, il n'est pas rare chez les déséquilibrés supérieurs. Ils se transmet assez souvent par hérédité similaire, et beaucoup de mystiques sombrent définitivement dans les formes chroniques de la mélancolie et dans le délire systématisé.

Les mystiques s'affilient aux sectes religieuses dont ils forment invariablement le noyau le plus actif. Aucune insanité ne les arrête, et on en voit comme les skoptzy, qui se châtrent pour gagner le ciel. Il en est d'autres qui tuent dans le but d'être agréables à Dieu. Un tribunal russe a jugé, il y a une vingtaine d'années, un de ces forcenés qui avait renouvelé le sacrifice d'Abraham.

L'assassinat politique a le plus souvent pour instruments des mystiques fanatisés qui se croient investis par la providence d'une mission spéciale (1).

Lorsque ses tendances mystiques évoluent dans un sens nettement délirant, on voit l'héréditaire en venir peu à peu à se croire inspiré, chargé d'une mission divine ; non seulement il a des extases et des visions, mais encore il met au service de cette disposition d'esprit un zèle aveugle qui ne recule devant aucune conséquence. Ce délire éclate souvent à la suite d'excitations religieuses inopportunes; telles que prédications, missions, jubilés, etc. Lorsqu'il existait antérieurement, il subit alors une recrudescence plus ou moins intense pouvant se compliquer d'excitation maniaque.

Erotomanes. — L'amour platonique poussé jusqu'au délire est ce qui caractérise l'état mental des Erotomanes. Ce sont des extatiques, des mystiques d'un genre particulier.

(1) Voir A. Cullerre, *les Frontières de la folie;* Paris, 1888.

L'érotomanie doit être soigneusement distinguée des troubles mentaux qui sont liés à une perturbation fonctionnelle des organes sexuels. Le culte de l'érotomane est pur, exempt de toute arrière-pensée charnelle. Il s'adresse à un être imaginaire ou à des personnes qui, en raison de leur rang, de leur fortune ou de leur position sociale, ne sauraient l'accepter. Cette disposition morbide est peut-être plus commune chez la femme que chez l'homme. On la rencontre à tous les âges de la vie, mais beaucoup plus fréquemment dans la jeunesse et même dans l'enfance.

L'érotomane ne reste pas toujours dans le domaine de la contemplation idéale; et quand il passe à l'action, c'est parfois pour tomber dans le crime. L'érotomanie mutuelle conduit souvent à un double suicide. C'est bien ainsi qu'on doit qualifier ces catastrophes où la mort, consentie réciproquement, est donnée à un des amants par l'autre qui se tue ensuite ou tente de se tuer.

Souvent l'érotomane devient un véritable persécuteur pour l'objet aimé et qui ne le paie pas de retour.

Telles sont les principales formes du délire partiel des héréditaires. Nous répéterons en terminant qu'aucune des descriptions précédentes ne peut être considérée comme une forme distincte d'aliénation héréditaire. Ce sont de simples modalités psychopathiques dont l'évolution ne suit aucune marche déterminée.

3° *Manie raisonnante. Folie morale*

Folie lucide (Trélat); Folie des actes (Divers); Moral Insanity (Anglais et Allemands).

Manie raisonnante. — On désigne par ce terme, un état mental particulier à beaucoup d'héréditaires qui, tout en conservant en apparence (1) un jugement sain et une grande lucidité de raisonnement, passent leur vie à exécuter des actes bizarres et nuisibles, se laissent aller à tous les mouvements passionnés, à tous les désirs qui traversent leur esprit, et à la moindre résistance se livrent à des emportements maniaques pendant lesquels

(1) Marcé, *loc. cit.*

ils commettent des actes de la plus haute gravité. Cet état, suivant tous les auteurs, est lié à la constitution primitive des malades et ne se montre que chez les individus prédisposés originellement à la folie, et qui, dès les premières années de leur existence, manifestent des particularités mentales caractéristiques qui les distinguent des autres enfants.

Chez ces malades, il ne semble exister aucune incorrection des idées, mais l'activité présente quelque chose d'exagéré, d'exubérant, de désordonné, allant souvent jusqu'à l'incohérence. En même temps la sensibilité morale se montre ou absente, ou profondément pervertie. De là une conduite bizarre, inconséquente, immorale, souvent dangereuse, parfois criminelle ; une instabilité anormale d'impressions et de sentiments chez des gens dont l'intelligence semble correcte et chez qui les facultés syllogistiques sont conservées.

Un caractère important de la manie raisonnante, c'est l'inconscience. Le raisonnant ignore son exaltation et manifeste la plus grande indignation quand on émet le moindre doute sur l'intégrité de son intelligence.

On note chez beaucoup de raisonnants, une sorte d'état rémittent. A certains moments ils sont presque corrects au point de vue des sentiments affectifs et de la bonne conduite ; ils s'en rendent jusqu'à un certain point compte et font tous leurs efforts pour rester maîtres d'eux-mêmes; mais sous l'influence d'une poussée nouvelle, ils ne tardent pas à reprendre la suite de leurs déportements. On constate alors chez eux quelques signes de congestion cérébrale comme dans la première période de la paralysie générale, et ils finissent souvent par avoir de véritables attaques congestives ou apoplectiques qui, en se répétant, entraînent l'affaiblissement de l'intelligence et la démence.

En résumé, la folie raisonnante doit être considérée comme un état intermédiaire entre la raison et la folie confirmée, à laquelle elle aboutit souvent, en se transformant brusquement et passagèrement en manie simple ou ambitieuse.

Elle présente quelques modalités diverses suivant le caractère des individus, leurs inclinations naturelles, leur

éducation, les circonstances où ils se trouvent : nous en indiquerons les principales, seulement pour fixer les idées et sans vouloir pour cela leur reconnaître une existence propre et en faire des entités distinctes.

Instables, excentriques. — Il en est qui se font remarquer par un goût inné pour les voyages, les aventures, ou plus simplement par un besoin instinctif de déplacement, de locomotion sans but précis.

Ce besoin irrésistible de locomotion semble être un caractère de dégénérescence mentale avancée. Il se rencontre chez diverses catégories d'individus atteints par le cerveau et principalement chez les instinctifs et les imbéciles qui prennent texte de ces fugues pour inventer des aventures de la plus haute fantaisie.

Mais lorsque l'intelligence atteint un plus large développement, l'instabilité mentale se présente sous une forme beaucoup plus compliquée, et l'appétit de locomotion et des voyages n'est plus qu'un des mille aspects sous lesquels elle se fait jour. Au migrateur succède l'aventurier, le déséquilibré de large envergure.

Chez d'autres, ce qui domine, c'est le désordre des actes, les extravagances pures, une véritable virtuosité dans l'invention d'excentricités inédites ; une manière de vivre sordide et bizarre, l'absence de tout sentiment des convenances et des tendances marquées à l'immoralité. En même temps, bien que le fonctionnement intellectuel semble intact, on constate sans peine un amoindrissement notable des facultés morales et affectives.

Rien n'égale le cynisme et l'inconscience de ces individus. Après les actes les plus odieux, les plus méprisables, ils étalent un front candide, une ingénuité monstrueuse et se recommandent de leur moralité et de leurs vertus dont ils pensent qu'on ne saurait douter.

Orgueilleux. — Chez quelques raisonnants, l'orgueil domine d'une façon bien extraordinaire. Ces dégénérés plus ou moins intelligents, mais en général indélicats, fourbes, immoraux, aiment à se parer des plumes du paon, à se prêter des talents imaginaires, à afficher de hautes prétentions dans la littérature, les arts, les sciences,

à se faire passer pour des gens du grand monde, à se vanter d'être dans l'intimité des grands personnages, et d'avoir des relations familières avec les ministres, les ambassadeurs et les têtes couronnées.

Ils aiment le luxe et la représentation ; se livrent à des dépenses exagérées, se ruinent et ne reculent pas devant l'escroquerie pour se procurer l'argent dont ils ont un incessant besoin.

Ils ont un dédain superbe pour leurs égaux ou les membres de leur famille. La femme méprise son mari, néglige son ménage, délaisse ses enfants, écrase tout le monde de la supériorité de son intelligence; mécontente de tout, elle exhale ses plaintes à tout venant, annonce des projets d'une nouvelle vie et son désir de déserter le toit conjugal. Le mari néglige ses affaires, n'a aucune conscience de ses responsabilités de chef de famille, compromet les intérêts communs, s'abandonne à la débauche, et, par son obstination de fer, entraîne tous les siens à la ruine.

Les *inventeurs*, les *utopistes* rentrent dans cette catégorie.

Folie morale. — On désigne sous le nom de folie morale, l'état mental des héréditaires dégénérés où prédominent les perversions morales de toute nature.

Ces derniers se distinguent par la précocité de leurs mauvais instincts. Ils se montrent dès l'enfance menteurs, voleurs, cruels, portés à l'onanisme, aux dépravations sexuelles. Ils sont défiants, fourbes, rusés, vindicatifs, simulateurs habiles. Quand ils ne commettent pas de mauvaises actions, ils en inventent ou se font calomniateurs. On trouve chez eux les plus grandes perversions affectives, un manque complet de notions du bien et du mal, un égoïsme absolu, une indifférence profonde pour tout ce qui ne les touche pas de près. On les considère en général comme des vicieux ordinaires, des incorrigibles ; cependant ils diffèrent des vrais vicieux en ce qu'ils n'ont pas conscience de leur dépravation ; devant les actes les plus odieux, leur conscience reste muette, impassible; quand ils commettent quelque action contraire aux lois de la morale, ils ne cherchent en général ni à se cacher,

ni à se soustraire aux conséquences qui doivent en résulter pour eux; de plus, ils ne poursuivent aucun but intéressé ; ne sont poussés le plus souvent par aucun mobile, ou si ce dernier existe il est en général tellement futile qu'on ne saurait lui accorder aucune importance. On voit des enfants tuer, des femmes empoisonner, se prostituer, livrer leurs enfants à la débauche, s'adonner aux actes les plus ignobles sans qu'on puisse invoquer d'autre cause qu'une dépravation instinctive ou irrésistible.

Les individus atteints de folie morale portent manifestement les traces d'une organisation cérébrale défectueuse, soit héréditaire ou congénitale, soit acquise peu de temps après la naissance (convulsions, encéphalites, pseudo-méningites) ; ils appartiennent aux degrés les plus avancés de la dégénérescence et leur casier héréditaire très chargé comprend en général des parents ivrognes, des épileptiques, des aliénés déjà eux-mêmes très tarés.

Selon Krafft-Ebing (1), ils présentent une disposition encore plus grande que les autres héréditaires aux congestions encéphaliques; ils ont une intolérance frappante pour les boissons alcooliques, et chez eux la folie sous ses diverses formes éclaterait avec la plus grande facilité.

La folie morale, comme la folie raisonnante, n'est pas une entité morbide, mais une simple manière d'être de l'héréditaire dégénéré. Nous ne passerons pas en revue les divers types que peut présenter la folie morale, cela nous entraînerait au-delà des limites de ce travail.

4° *Délires polymorphes*

Outre les particularités psychopathiques propres à la dégénérescence mentale, et qui font en quelque sorte partie de la constitution, de la manière d'être de l'individu, les héréditaires peuvent être atteints accidentellement de *délire vésanique* à la façon des aliénés ordinaires, mais encore dans ce cas, leur délire quelle qu'en soit la forme, revêt des caractères spéciaux ; il a quelque chose

(1) Krafft-Ebing, *Annales*, 1873.

de bizarre, d'incorrect, de mal venu et ne semble obéir à aucune loi. Ils peuvent être atteints de manie simple ou ambitieuse, de délire de persécution, de mélancolie, mais par poussées, par accès, avec des revirements inattendus, et des formes confuses, vagues, atténuées, se succédant, se superposant ou coïncidant chez le même sujet qui peut ainsi présenter des délires multiples.

La forme des délires vésaniques des héréditaires est le plus souvent commandée par les tendances psychiques et le caractère des individus. Ainsi ceux qui manifestent une grande instabilité mentale deviennent facilement *maniaques ;* ceux qui ont une tendance à l'hypocondrie, à la tristesse, à la défiance et au soupçon tomberont dans la mélancolie simple ou hypocondriaque, ou dans le délire de persécution. Les orgueilleux pourront être pris de délire ambitieux et les mystiques de folie religieuse. Il faut encore tenir compte, dans la genèse de ces délires, des influences de milieu social, d'instruction, d'éducation, d'âge et des diverses causes physiques ou morales qui ont la propriété d'imposer une physionomie spéciale à la folie qu'elles déterminent.

Un grand nombre d'héréditaires restent, au point de vue des complications vésaniques, pendant toute leur vie en état d'imminence morbide, sans jamais y succomber. Il en est d'autres qui ne succombent qu'à un âge très avancé ; Morel cite une vieille héréditaire qui ne fut prise qu'à quatre-vingts ans de mélancolie avec impulsion au suicide. L'existence de bon nombre d'autres héréditaires n'est qu'un enchaînement ininterrompu de périodes d'excitation et de dépression avec des rémittences de courte durée, sans que ces périodes atteignent jamais le ton de la folie confirmée. Il en est d'autres enfin chez qui la première atteinte du délire anéantit irrévocablement les facultés intellectuelles, et tous les cas de démence précoce que l'on voit succéder parfois avec une rapidité foudroyante aux formes simples de la folie, appartiennent à des héréditaires dégénérés.

La manie et la mélancolie des héréditaires présentent quelques signes particuliers que nous avons eu soin de signaler en décrivant ces formes typiques d'aliénation mentale. Les idées délirantes qui les caractérisent ont une

couleur particulière et une tendance à une vague systématisation (orgueil, mysticisme, hypocondrie, etc...). Les symptômes sont ou très intenses et alors elles évoluent dans un temps très court vers la guérison ; ou bien ils sont peu accentués et dans ce cas la maladie peut persister longtemps sous une forme mal caractérisée.

La mélancolie se combine souvent avec les *obsessions mentales* et les *impulsions irrésistibles* que nous avons précédemment décrites, particulièrement avec le délire du doute, la crainte des contacts, l'*aboulie* ou paralysie de la volonté, les impulsions au suicide. Il en résulte une forme clinique spéciale qu'il importait de signaler.

On constate aussi chez les héréditaires dégénérés des *délires à évolution chronique* mais dont la systématisation en général reste vague, flottante, n'arrive jamais à sa complète floraison. Leur évolution demeure absolument étrangère à la régularité typique du délire systématisé progressif. On n'y trouve en général aucune succession de périodes marquées, et les idées délirantes de toute nature, celles de grandeur comme celles de persécution, peuvent se manifester simultanément. Parfois même un accès de délire ambitieux est le point de départ d'une aliénation qui se compliquera plus tard d'idées de persécution et l'on voit ainsi la mégalomanie inaugurer un délire chronique alors que dans l'ordre habituel des choses, elle n'en est qu'une complication plus ou moins tardive.

Beaucoup d'états délirants chez les héréditaires ont pour caractéristique de survenir brusquement, sans prodrôme d'aucune sorte ; on les voit, en quelques jours, parfois en quelques heures, éclater de toutes pièces, sans qu'on puisse s'expliquer leur éclosion. On doit à Legrain (1) une bonne description de ces *délires d'emblée*. Ils peuvent prendre pour thème toutes les idées délirantes possibles. Tantôt c'est une idée de persécution ; les malades se croient environnés d'ennemis, d'espions, de policiers chargés d'épier tous leurs actes ; d'autres se disent persécutés par les prêtres, les jésuites ; d'autres sont pris d'idées ambitieuses ; ils se croient Dieu, Jésus-Christ, ils s'attribuent un pouvoir divin, une mission

(1) Legrain, *Du délire chez les dégénérés*, Paris, 1886.

prophétique; ils seront rois ou empereurs, possèderont d'immenses trésors. Dans l'expression de ses convictions délirantes, le malade tantôt jouit d'un imperturbable sang-froid, tantôt s'abandonne à l'enthousiasme ou à la crainte la plus vive, suivant l'impression sous laquelle il se trouve. D'autres fois, éclate brusquement un accès de manie avec incohérence et hallucinations multiples; dans d'autres cas enfin, ce sont des accès de mélancolie anxieuse avec idées de damnation ou hypocondrie spéciale.

Ces *délires d'emblée* ou encore, si l'on veut, ces *bouffées délirantes* ne sont bien souvent que l'exagération de l'état mental habituel des héréditaires, dont nous avons décrit quelques spécimens. (Délire systématisé des héréditaires, folie raisonnante.)

Un autre caractère du délire des dégénérés, c'est son *polymorphisme*. Tantôt il change de forme et d'aspect dans le cours même d'un seul accès; tantôt, à chaque nouvelle poussée, il revêt une nouvelle physionomie et passe par les formes les plus opposées et les plus variées.

L'action des causes occasionnelles est d'autant plus décisive que la dégénérescence mentale est plus prononcée. Les époques climatériques de la vie sont éminemment favorables à l'éclosion du délire, dont les premiers accès se manifestent souvent à la puberté. Enfin, l'alcoolisme, de toutes les causes déterminantes, semble la plus fréquente et la plus énergique.

§ 5. — Diagnostic

Le diagnostic général de la folie héréditaire repose sur la connaissance exacte des antécédents des malades, et sur la constatation des stigmates physiques, intellectuels et moraux de cette maladie.

Cependant ces signes ne sont pas toujours assez prononcés pour lever tous les doutes, et d'autre part quelques héréditaires manifestement dégénérés peuvent être atteints des formes typiques de l'aliénation mentale. Il convient donc de voir en quoi les états délirants ou subdélirants de l'héréditaire diffèrent du délire des autres formes psychopathiques.

Certaines obsessions mentales avec impulsions irrésis-

tibles s'accompagnent dans leurs paroxysmes d'anxiété, d'angoisse et pourraient être confondues avec la mélancolie type. Il suffira de rappeler que, dans les premières, les malades ont toujours conscience de leur état et qu'ils n'éprouvent ni troubles de la sensibilité, ni illusions, ni hallucinations, symptômes ordinaires dans la mélancolie. On rencontre fréquemment à la vérité des formes mixtes où les deux ordres de symptômes sont mélangés dans une proportion inégale, suivant les cas.

L'exaltation psychique de l'héréditaire peut être confondue avec la paralysie générale au début, et la confusion sera d'autant plus facile à faire que l'excitation sera plus vive et s'accompagnera d'idées de satisfaction, d'orgueil et d'une activité désordonnée. Parfois même, certains héréditaires présentent en plus quelques signes de congestion cérébrale, ce qui augmente encore l'incertitude. Cependant l'excitation de l'héréditaire est plus cohérente que celle des paralytiques, elle est moins absurde, ne se complique d'aucun phénomène de démence. Elle survient et disparaît brusquement, et quand elle se prolonge, l'absence même de complication somatique est un élément qui est tout en sa faveur et doit faire exclure l'autre hypothèse.

Le diagnostic des états délirants qui compliquent la folie héréditaire ressort suffisamment des caractères que nous leur avons assignés dans le paragraphe précédent et ne doivent pas nous arrêter plus longtemps.

Où les difficultés s'accumulent et deviennent parfois insurmontables, c'est quand il s'agit de faire le diagnostic différentiel de la *folie morale* et du *crime*.

L'hérédité est un facteur d'une importance capitale, et lorsqu'elle existe, elle constitue une présomption importante en faveur de la folie, bien qu'on ne puisse nier qu'elle se rencontre quelquefois à l'origine du crime. Si, en général, dans l'étiologie de la folie, on tient grand compte de la présence chez les ascendants ou les collatéraux d'un cas d'aliénation mentale, quelle importance ne doit-on pas attacher à la constatation d'un grand nombre de faits d'hérédité dans les antécédents morbides d'un individu, comme il arrive presque toujours dans les cas de folie morale?

Si des antécédents héréditaires on passe aux antécédents personnels, on retrouvera souvent au début de l'existence des fous moraux de graves maladies du système nerveux : les convulsions de l'enfance, des inflammations du cerveau et de ses enveloppes, le retour de phénomènes nerveux inquiétants sous l'influence de la moindre cause. Ces divers accidents laissent après eux une altération permanente des centres encéphaliques, dont dépendront plus tard les désordres de la sensibilité et de l'intelligence.

Plus tard à l'époque de la puberté, nous retrouverons chez eux de nouvelles perturbations nerveuses : la chorée, l'hystérie sous ses diverses manifestations somatiques et psychiques ; des accidents vertigineux ou épileptiformes passagers ; du délire, de véritables accès de folie.

Plus tard encore ils auront éprouvé des congestions cérébrales, des attaques épileptiformes. La constatation de ces incidents pathologiques est d'une importance capitale pour le diagnostic.

Un grand nombre d'héréditaires, et parmi eux certains fous moraux, présentent à l'état d'ébauche, d'esquisse plus ou moins vague, cet état circulaire des facultés intellectuelles et morales que nous avons signalé dans les folies périodiques. Exaltés pendant des mois et quelquefois des années, on les voit s'enfoncer soudain dans une sorte de somnolence indifférente et stupide qui fait l'illusion d'un naufrage définitif. Hardis, actifs, fiévreux, pleins de confiance en eux-mêmes dans la première période, ils deviennent indécis, tristes et hésitants dans la seconde.

L'*intermittence*, phénomène habituel dans les maladies nerveuses, est encore un des signes distinctifs les plus importants des psychopathies sans délire. Nous avons vu que certaines modalités de la folie héréditaire étaient essentiellement périodiques, comme la dipsomanie, la pyromanie, la kleptomanie, les monomanies homicide et suicide. La même périodicité s'observe pour certaines crises moins caractérisées, mais tout aussi réelles comme le vagabondage, la perversion des facultés morales, le retour d'instincts dépravés, d'excès ou d'aberrations sexuelles, d'actes malfaisants ou criminels de diverse nature.

Enfin, on peut dire que, si chez le criminel né, le sens moral n'existe pas, ou n'a que de faibles racines, chez le psychopathe appartenant à la folie morale, il est plutôt perverti. Ce dernier plus encore que l'autre présente des perversions affectives multiples, un égoïsme outré, un orgueil absurde, une indifférence absolue pour tout ce qui n'est pas lui.

Il faut encore remarquer avec Esquirol et Krafft-Ebing (1) que le plus souvent il agit à l'encontre de ses intérêts, néglige toute prudence; que dans ses actes il y a spontanéité, absence de délibération et le plus souvent absurdité évidente; qu'il ne comprend pas l'horreur de son crime devant lequel sa conscience reste impassible et muette; et que non seulement il ne cherche pas toujours à le dissimuler, mais encore qu'il s'en vante comme d'un titre de gloire; sans oublier toutefois que, dans certains cas, il peut obéir aux mêmes mobiles que les autres hommes, et chercher des moyens de défense ou d'excuse comme le premier criminel venu.

Si en dehors du délire caractérisé, pas un des signes que nous venons d'étudier n'est pathognomonique d'un état maladif de l'intelligence et de la sensibilité morale, la réunion de plusieurs de ces symptômes suffit dans la plupart des cas pour porter un diagnostic.

§ 6. — Pronostic

Le pronostic de la folie héréditaire prise dans son ensemble est toujours très grave, car elle dure autant que l'existence. Dans les cas les plus favorables, il existe entre les diverses exacerbations de la maladie des rémittences qui peuvent avoir une durée plus ou moins longue; mais plus la maladie est ancienne, c'est-à-dire plus le malade avance en âge, et plus ces rémissions ont de tendance à se raccourcir, à être moins parfaites, et enfin à disparaître, quand une démence précoce n'est pas venue clore prématurément la série des phénomènes morbides.

(1) Krafft-Ebing, *loc. cit*

§ 7. — Traitement

Nous nous bornerons à quelques indications thérapeutiques générales, les seules que comporte le cadre restreint de ce travail.

Les enfants qui présentent les premiers signes de la folie héréditaire doivent être soumis à une éducation rationnelle ayant pour but d'arrêter le développement de leurs dispositions morbides, ou tout au moins de les neutraliser dans la mesure du possible. Les tendances émotives et névropathiques des héréditaires intelligents seront combattues par un entraînement physique bien dirigé, par la gymnastique, les occupations matérielles, une vie active et autant que possible en plein air. Les tendances instinctives des dégénérés plus avancés devront être endiguées par une discipline exempte de dureté, mais d'une fermeté soutenue.

Les diverses obsessions, impulsives ou non, réclament surtout, elles aussi, un traitement moral et hygiénique : rendre la confiance au malade, l'empêcher de s'abandonner à ses obsessions en réglant sa vie de façon à ce que tous les instants en soient accaparés par une série d'occupations intellectuelles, de distractions, d'exercices physiques, de pratiques hydrothérapiques : tel est le but à poursuivre. Les résultats obtenus par cette méthode sont presque certains, mais malheureusement n'empêchent pas les rechutes.

Enfin, les complications vésaniques de la folie héréditaire réclament un traitement en rapport avec la forme mentale qu'elles affectent. Nous renvoyons aux chapitres consacrés à chacune d'elles et aux indications thérapeutiques qui s'y trouvent consignées.

CHAPITRE VI

IDIOTIE

§ 1er. — Définition

L'idiotie est l'arrêt de développement de l'intelligence lié à un vice congénital ou accidentel de l'encéphale.

L'idiotie n'est pas une forme de folie, ce n'est pas non plus une maladie : c'est une *infirmité*. Ainsi que le fait observer Esquirol, c'est un état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu se développer assez pour que l'idiot ait pu recevoir l'éducation des individus de son âge. L'idiotie commence avec la vie ou dans cette période de la vie qui précède l'entier développement des facultés intellectuelles et affectives. Tout décèle dans les idiots une organisation imparfaite ou arrêtée dans son développement ; ils sont ce qu'ils doivent être pendant tout le cours de leur existence et rien ne saurait leur donner plus de raison, plus d'intelligence.

Avant Esquirol, on confondait l'idiotie avec la démence et avec la stupeur. Sous le nom d'*idiotisme*, en effet, Pinel décrivait un genre de folie qui englobait ces trois états si différents. Esquirol s'appliqua à en faire le diagnostic différentiel. « L'homme en démence, dit-il, est privé des biens dont il jouissait autrefois; c'est un riche devenu pauvre : l'idiot a toujours été dans l'infortune et dans la misère. L'état de l'homme en démence peut varier, celui de l'idiot est toujours le même. Celui-ci a beaucoup de traits de l'enfance, celui-là conserve beaucoup de la physionomie de l'homme fait. Chez l'un et l'autre, les sensations sont nulles ou presque nulles ; mais l'homme en démence montre, dans son organisation et même dans son intelligence, quelque chose de sa perfection passée ; l'idiot est ce qu'il a toujours été, et il est tout ce qu'il

peut être relativement à son organisation primitive (1) ». Quant au diagnostic différentiel de l'idiotie et de la stupeur, il repose non seulement sur des considérations analogues aux précédentes, mais encore sur l'évolution de la maladie dont la terminaison habituelle est la guérison.

§ 2. — Description

Depuis la simple débilité intellectuelle jusqu'à l'oblitération complète de l'intelligence, il existe une infinie variété de types qu'il est difficile d'enfermer dans les cadres d'une symptomatologie précise. Pour ne pas multiplier inutilement les descriptions schématiques et compliquer encore l'étude d'états si complexes par eux-mêmes, nous nous contenterons de deux groupes faisant suite à la folie héréditaire : 1° les imbéciles ; 2° les idiots proprement dits.

Chacun de ces groupes peut à son tour se subdiviser en plusieurs catégories; nous nous bornerons à étudier deux degrés dans l'imbécillité et deux degrés dans l'idiotie.

1° *Imbéciles.*

Semi-imbéciles. — Les semi-imbéciles ne se reconnaissent pas toujours à première vue. Leur extérieur peut ne pas différer sensiblement de celui des personnes intelligentes, et ils sont en général aptes à tenir une place dans la société.

Leur développement est tardif et lent ; jeunes, ce sont des enfants arriérés, ils ne parlent que très tard, avec de la blésité, des défauts de langue qui persistent quelquefois. Tantôt ils restent grêles, délicats, plus petits que ne comporte leur âge ; tantôt au contraire ils grandissent d'une façon disproportionnée. Ils sont presque toujours porteurs de quelques stigmates physiques de la dégénérescence, ont la tête inégalement développée, des traits irréguliers et épais, du strabisme, des oreilles mal con-

(1) Esquirol, *Maladies mentales*, 1838.

formées. L'évolution de leurs organes sexuels est tardive et parfois incomplète.

Ils ne sont pas incapables d'attention, ont de la mémoire, une certaine facilité d'imitation, peuvent apprendre à écrire leur langue d'une manière correcte et acquérir une certaine habileté pour les actes manuels ou d'agrément. Mais on remarque néanmoins, dès leur jeune âge, qu'ils ont une grande difficulté pour apprendre et qu'ils ne parviennent à s'assimiler partiellement la matière des programmes que d'une façon mécanique, sans l'intervention de la réflexion et du raisonnement. Aussi leur éducation reste-t-elle toujours incomplète. Ils présentent parfois une certaine imagination, ont des prétentions à la littérature, à la poésie, à l'invention, mais leurs productions sont informes et enfantines. Ne pouvant penser par eux-mêmes, ils ne sont que l'écho plus ou moins fidèle de ce qu'ils ont lu ou entendu. Quelques-uns ont une mémoire partielle remarquable, et étonnent par la facilité avec laquelle ils retiennent des chiffres, des dates, des faits isolés dont ils sont incapables pourtant de comprendre les rapports et l'enchaînement logique. En un mot, ce qui caractérise surtout ces demi-imbéciles, c'est la faiblesse du jugement et l'inégal développement des facultés intellectuelles.

Au moral, ils sont tantôt dénués d'amour-propre et indifférents aux stimulants habituels de l'intelligence humaine; tantôt ils sont vaniteux, infatués d'eux-mêmes, convaincus qu'ils sont supérieurs aux autres. Ils sont égoïstes; leurs sentiments affectifs sont peu développés. Bien qu'ils aient une notion suffisante du bien et du mal, ils cèdent avec facilité aux suggestions étrangères qui ont pour but de les conduire hors du droit chemin. Ils sont sans volonté, sauf quand ils s'entêtent. Les uns n'éprouvent aucune difficulté à se conformer aux règles de la morale et des convenances ; beaucoup même à ce dernier point de vue sont des modèles de correction. Chez les autres, on constate la présence des plus mauvais instincts, une tendance innée vers les abus alcooliques, des perversions sexuelles, l'apparition précoce de perversités dangereuses. Par ce côté, l'imbécillité du premier degré se rattache à la folie morale étudiée précédemment.

Imbéciles proprement dits. — Les imbéciles proprement dits sont encore bien conformés d'une manière générale : leur organisation diffère peu de l'organisation normale. Leur taille soumise à des variations considérables est tantôt au-dessous, tantôt au-dessus de la moyenne. Leur tête présente souvent, quoique à un degré moins prononcé, toutes les anomalies observées chez les idiots. La face est irrégulière, asymétrique, trop étroite, trop large, ou prognathe; dans quelques cas exceptionnels, elle est au contraire remarquable par l'agrément et la régularité des traits. Leur corps présente parfois des difformités, des arrêts de développement, des malformations diverses. Leur allure est tantôt timide à l'excès, tantôt caractérisée par une hardiesse et une pétulance excessives.

Ce qui établit une limite tranchée entre les imbéciles des premier et deuxième degrés, c'est que tandis que les uns prennent encore une part active à la vie sociale, les autres y sont étrangers et ne vivent dans le monde qu'en parasites. Ils vivent dans leur famille comme des étrangers ou comme de grands enfants, dit Esquirol. Ils sont incapables d'attention, leurs sensations sont faibles et fugaces, leur mémoire lente et peu sûre ; leur réflexion ne s'élève jamais jusqu'aux idées générales et abstraites. Ils ont l'usage de la parole, cependant ils présentent dans l'articulation des consonnes quelques vices de prononciation qui les trahissent aussitôt. Ils apprennent à lire et à écrire, la musique, certains arts mécaniques; ils apprennent plus difficilement à compter et sont le plus souvent incapables de combiner les nombres les plus simples; ainsi un imbécile comptera tous les objets qu'on lui présente, mais sera toujours incapable de dire combien font deux et deux.

Nuls par eux-mêmes, ils ne peuvent qu'imiter ou obéir aux impulsions étrangères : « Ils prennent aux sérieux les choses les plus plaisantes et rient des choses les plus tristes. Quelque chose les intéresse-t-il, leurs yeux sont fixes, mais ils ne voient pas; ils écoutent mais ne comprennent pas, quoiqu'ils affectent d'avoir vu et d'avoir compris. Ils répondent juste, mais ne leur faites pas beaucoup de questions, n'exigez pas d'eux des réponses qui

les forcent à réfléchir ou qui soient hors de leurs habitudes. Ordinairement contents d'eux, ils en parlent avec un ton de satisfaction très plaisant, ou bien ils cherchent des expressions auxquelles leur physionomie ne répond pas. Leurs gestes, leurs poses sont bizarres et rarement en harmonie avec ce qu'ils pensent ou ce qu'ils disent. Leur ajustement les trahit aussi bien que leur maintien qui est sans constance et sans but déterminé (1). »

Quand ils ont quelques aptitudes, elles sont très bornées et accaparent toute leur capacité intellectuelle. Ils apprennent un métier, mais ne savent rien faire d'autre chose; ils apprennent à lire, mais ne peuvent écrire; ils apprennent un instrument de musique, mais sont incapables de jamais reconnaître les lettres de l'alphabet. L'habitude et l'imitation jouent un grand rôle dans leur existence et impriment à leur manière de vivre une régularité qui est toute mécanique.

Leurs sentiments affectifs sont très inégalement développés; ils s'attachent plutôt par routine que par affection véritable aux personnes qui leur donnent des soins. Cependant quelques-uns sont doués d'une sensibilité très vive et peuvent éprouver un chagrin prolongé. Ils sont rusés, malins, menteurs, voleurs, gourmands, entêtés, querelleurs, irascibles et poltrons. La vue des personnes d'un sexe différent les impressionne et les excite. A l'époque de la puberté, l'instinct sexuel se manifeste d'une façon énergique; les garçons commettent parfois des attentats à la pudeur, les filles déploient une coquetterie provocante et courent après les hommes; les deux sexes se livrent à la masturbation avec une ardeur effrénée.

En résumé, les imbéciles proprement dits ont quelque sensibilité, quelque intelligence, sont susceptibles d'une certaine éducation, mais abandonnés à eux-mêmes, ils sont incapables de se conduire, de régler leur existence matérielle, de se préserver des dangers de tout genre, de lutter contre leurs mauvais penchants; s'ils ne sont soumis à une tutelle intelligente, ils tombent dans une dégradation morale et physique progressive qui les conduit à une sorte d'idiotie acquise et à une mort prématurée.

(1) Esquirol, *loc. cit.*

Les imbéciles, comme les dégénérés d'un degré moins avancé, sont susceptibles d'être atteints de *folie*. Les formes les plus ordinaires chez eux sont la *manie* et la *mélancolie*. Ces accès intercurrents n'ont dans l'espèce aucun caractère spécial; maniaques, les imbéciles manifestent surtout des impulsions instinctives, du désordre des actes, des actes de violence; mélancoliques, ils ont des accès de crainte panophobique et des tendences au suicide. Quelques-uns passent alternativement par des périodes d'excitation et de dépression. Pour peu que ces accès se répétent, l'imbécile ne tarde pas à tomber dans une démence qui semble se confondre avec l'idiotie.

2° *Idiots.*

Caractères communs. — Chez les idiots, les facultés intellectuelles et morales sont nulles ou presque nulles par défaut de développement, que l'arrêt de développement soit congénital, ou qu'il soit consécutif à quelque trouble survenu dans l'évolution organique, peu de temps après la naissance.

Le crâne des idiots est constamment déformé, mais aucune déformation n'appartient spécialement à cet état. Il existe quelques idiots à grosse tête, mais chez la plupart, elle est petite, rétrécie dans tous ses diamètres, avec un aplatissement considérable de la région occipitale. Les têtes les plus petites appartiennent en général aux idiots les plus dégradés.

Les fonctions de la nutrition sont quelquefois régulières, mais le plus souvent elles ne s'accomplissent qu'imparfaitement. Les idiots ont en général un teint blême, ils sont chétifs, amaigris, anémiques; ils s'alimentent mal, mangent d'une façon gloutonne et sans mastiquer; quelques-uns sont atteints de *mérycisme* et ruminent à la façon des animaux (1). Chez les idiotes suffisamment développées, la menstruation est régulière.

L'idiotie offre de nombreuses variétés au point de vue intellectuel et moral. Quelques idiots ont des aptitudes

(1) Bourneville et Séglas, *Du Mérycisme*. (*Archives de Neurologie*, 1883

rudimentaires et des penchants; un certain nombre chantent et retiennent des airs; quelques-uns peuvent se livrer à une occupation manuelle très simple; les autres sont réduits à une existence exclusivement végétative. Nous les diviserons en deux catégories.

Idiots incomplets. — Au degré le plus élevé, l'idiot a un langage rudimentaire et on peut juger de son degré intellectuel par l'étendue de son vocabulaire. Son langage ne dépasse jamais quelques monosyllabes, quelques mots, rarement quelques lambeaux de phrase auxquels d'ailleurs il n'attache pas toujours un sens précis. Quelques-uns se font un langage composé de gestes et de cris particuliers compris seulement de ceux qui les soignent.

Les idiots valides dépensent leurs forces en mouvements automatiques, monotones et invariables; la plupart se livrent à un balancement perpétuel. D'autres marchent toujours à la même place avec les mêmes gestes et les mêmes mouvements. Un idiot, cité par Esquirol, marchait toujours au même endroit; parfois il animait sa marche en ployant et redressant vivement le tronc, en agitant un de ses bras et en riant aux éclats. Un autre, cité par Griesinger, passait sa vie à pousser et à tirer un tiroir de commode. D'autres se livrent incessamment au même travail mécanique, comme d'arracher l'herbe, d'entasser des pierres et entrent en fureur si on met obstacle à leur occupation habituelle.

Ils sont parfois de la plus grande insensibilité physique; on en voit se mordre, se déchirer, s'épiler, se faire des plaies à force d'irriter une partie de leur corps par les frottements. Esquirol a vu une idiote qui, avec ses doigts et ses ongles, avait percé sa joue et avait fini par la déchirer jusqu'à la commissure labiale, sans paraître souffrir. La plupart même quand ils ne sont pas insensibles, n'ont aucune conscience de la cause de leur douleur et ne peuvent distinguer si elle est en eux ou hors d'eux-mêmes.

Les idiots se livrent en général avec fureur à la masturbation, sans se soucier de ceux qui les entourent. Ils courent après toutes les femmes, ou se livrent sur leurs semblables à des tentatives de pédérastie. La plupart sont

voleurs, gloutons, irascibles, et s'abandonnent à des actes de fureur subite contre les personnes ou les objets qui les entourent, quelquefois contre eux-mêmes. Ils ont en général une disposition spéciale pour chanter et retenir les airs. Esquirol dit n'avoir jamais vu d'idiot qui ne chantât quelque air ou quelque phrase de musique, bien que privé de la parole.

On observe chez beaucoup d'entre eux une sorte d'affection pour ceux qui les soignent et s'occupent d'eux. Ils ont une certaine aptitude à l'imitation. Cet instinct d'imitation est parfois dangereux, témoin cet idiot qui ayant vu égorger un porc, égorgea de même un de ses camarades.

Idiots complets. — Les idiots complets ont une face hébétée, difforme, hideuse, animée de froncements, de grimaces et de tics continuels. Le front est étroit, court, fuyant, les yeux louches, inégaux ; les lèvres épaisses, la bouche large et béante, laissant couler la salive ; les dents cariées, les gencives fongueuses. Leur regard est vague, sans expression : ils regardent mais ne voient pas. Quelques-uns sont sourds, muets ou aveugles ; chez les autres les sens sont obtus et ne leur servent presqu'à rien. Ils s'abandonnent à des éclats de rire bruyants et poussent des cris rauques ou étouffés. Leurs évacuations sont involontaires, leurs mouvements incertains et sans précision ; ils se roulent dans l'ordure, dévorent les choses les plus dégoûtantes, des corps étrangers, des pierres, des débris de toute nature.

Ils sont rachitiques, scrofuleux, ont des vices de conformation de toute espèce, des paralysies, des atrophies musculaires, des pieds-bots, de l'athétose, de la chorée, de l'épilepsie. Chez les plus dégradés, l'arrêt de développement porte non seulement sur le système nerveux, mais encore sur tout l'organisme ; la croissance est arrêtée, la seconde dentition ne se fait pas, l'évolution pubère reste indéfiniment suspendue ; ils ont durant toute leur vie qui ne passe guère une trentaine d'années, les apparences d'enfants de quatre ou cinq ans.

§ 3. — Etiologie

Les causes de l'idiotie sont extrêmement nombreuses ; elles agissent tantôt isolément, tantôt en se combinant pour déterminer chez le même individu des désordres de plus en plus graves. L'idiotie étant tantôt congénitale, tantôt acquise, les causes qui la produisent peuvent se ramener à deux grandes classes : 1° les maladies ou les états anormaux des ascendants ; 2° les maladies du sujet lui-même.

Idiotie congénitale. — Entre toutes les causes de l'idiotie congénitale, il faut signaler l'*hérédité*. L'action de cette dernière est des plus énergiques, quand les deux parents sont simultanément porteurs de tares psychiques ou névropathiques. Elle est à son maximum si, en outre, les parents sont *consanguins*. Point n'est besoin que la tare psychopathique soit des plus évidentes ; on voit des ménages en apparence corrects engendrer avec persistance des idiots : dans ces cas la correction n'est qu'apparente ; le mari peut être, je suppose, un semi-imbécile et la femme une hystérique. Dans des cas semblables la consanguinité multiplie l'intensité de la prédisposition ; c'est pourquoi les mariages consanguins donnent une très grande proportion d'idiots.

Les affections nerveuses des parents, le *nervosisme*, la *folie*, l'*hystérie* et surtout l'*épilepsie* se rencontrent fréquemment dans les antécédents des idiots.

On doit incriminer dans certains cas les *émotions morales* de la mère pendant la gestation. Une violente émotion de cette dernière peut, en effet, en arrêtant pendant quelque instants le développement du système nerveux du fœtus, déterminer une véritable dysgénésie. Cette cause sera d'autant plus plausible que l'idiotie où elle est invoquée se montre à titre de cas isolé et que la mère a eu, avant ou après, d'autres enfants bien constitués. Les maladies de la mère pendant la gestation peuvent jouer un rôle analogue quoique moins démontré.

Les *habitudes alcooliques* des ascendants sont un des

facteurs les plus puissants de l'idiotie, ainsi que Morel l'a établi. Non seulement l'alcoolisme chronique jouit de ce triste privilège, mais encore l'intoxication passagère. Lorsqu'on peut remonter jusqu'aux circonstances mêmes dans lesquelles a eu lieu la conception, presque toujours on peut constater que le coït fécondant a eu lieu pendant l'ivresse du mari.

La *disproportion d'âge* entre les parents a été signalée comme jouant dans quelques cas un rôle important et d'ailleurs plausible.

La *tuberculose*, la *scrofule*, le *rachitisme*, formes de la dégénérescence, peuvent se traduire dans les descendants par l'apparition de l'idiotie. « Chacun sait, dit A. Voisin, que les scrofuleux comptent plus d'idiots que d'hommes intelligents, quoique ces derniers soient plutôt remarqués, peut-être en raison de l'anomalie qu'ils représentent. Les idiots de cette catégorie appartiennent presque tous à celle des enfants arriérés, qui végètent tant bien que mal, trouvent à s'employer comme domestiques à de gros travaux qui ne nécessitent pas d'intelligence, meurent avant le temps, d'accidents ou de privations (1). »

Idiotie acquise. — Parmi les causes qui déterminent l'arrêt de développement du cerveau après la naissance, il faut compter le manque de soins, une mauvaise hygiène, et surtout les *maladies cérébrales* de l'enfance. Les inflammations méningées, les hémorragies, les épanchements séreux, laissent après eux des résidus organiques qui compriment le cerveau et en entravent le libre développement. Les convulsions, l'épilepsie survenues dans le jeune âge, arrêtent souvent un développement intellectuel qui semblait s'exécuter normalement. Il faut ajouter à ces causes les *traumatismes crâniens* provenant soit de manœuvres obstétricales inconsidérées, soit de chutes, de coups sur la tête, etc. L'habitude que certaines populations ont encore d'emprisonner le crâne mou et malléable des nouveau-nés dans des bandages ou des serre-têtes de différentes formes n'est pas sans jouer un certain rôle dans quelques cas d'idiotie. Il existe à ce

(1) A. Voisin, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*: 1883.

sujet des travaux intéressants de Foville père et de Lunier, pour la Normandie et les Deux-Sèvres. Sur beaucoup d'aliénées vendéennes, on sent le sillon, laissé par une ligature du même genre, donnant au crâne la forme d'une gourde. La petite extrémité correspond à la région antérieure, et la grosse forme la région occipitale.

Parmi les maladies infantiles autres que les affections cérébrales, il faut citer principalement la *fièvre typhoïde*, dont le rôle est assez fréquent dans l'idiotie acquise.

Certaines conditions de sol, de climat, d'alimentation et de race, sont des plus favorables à la multiplication des cas d'idiotie. En dehors de toute endémicité crétineuse, on voit dans certaines localités naître un grand nombre d'idiots sans qu'on puisse invoquer d'autre cause occasionnelle que les mauvaises conditions hygiéniques de la population, son manque de croisement, sa stagnation intellectuelle séculaire, et une sorte de sélection des dégénérescences psychiques qui favorise et porte à son maximum l'influence de l'hérédité morbide (1).

§ 4. — Anatomie pathologique

Crâne. — Le crâne des idiots a, en général, une capacité moindre que celui des individus sains. Cependant, en cas d'hydrocéphalie, il peut atteindre des dimensions invraisemblables. Chez quelques idiots présentant de l'hypertrophie de la masse cérébrale, la boîte crânienne peut également atteindre un volume considérable. Enfin dans quelques cas, principalement chez les idiots épileptiques, on trouve le crâne assez volumineux, par suite de l'épaississement de ses parois qui peut atteindre jusqu'à 12 millimètres. Il en résulte qu'avec une grosse tête, un idiot peut avoir un cerveau inférieur comme dimensions à la moyenne normale.

Selon Broca, sont *demi-microcéphales* tous les crânes non déformés d'Européens adultes dont la capacité est inférieure à 1150 centimètres cubes et la circonférence horizontale moindre de 480 millimètres, si c'est un homme,

(1) A. Cullerre. *Des dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux.* (*Annales*, 1884.)

et 475, si c'est une femme. Mais chez les véritables microcéphales, le volume cranien descend beaucoup au-dessous de ce chiffre; on en trouve depuis 600 jusqu'à 300 centimètres cubes. De même la circonférence horizontale peut descendre au-dessous de 350 millimètres.

Un crâne d'idiot microcéphale peut être relativement bien proportionné, mais il est plus ordinaire de le trouver déformé dans quelqu'une de ses parties. Le front est bas et fuyant, l'occiput aplati, les bosses pariétales asymétriques ; dans quelques cas, les déformations observées semblent échapper à toute description.

La *microcéphalie* est due tantôt à une lésion des sutures osseuses, tantôt à une maladie du tissu osseux lui-même.

L'altération des sutures a pour effet de provoquer des synostoses prématurées qui entravent la libre expansion du cerveau.

Lorsque l'irritation morbide se généralise à toutes les sutures, la boîte cranienne se consolide en masse, devient inextensible et constitue la microcéphalie véritable. Virchow a formulé une loi générale qui donnerait, si elle était exacte, une explication simple et facile de toutes les déformations crâniennes qui deviendraient ainsi d'un classement facile. Selon lui, à la suite de la synostose d'une suture, le développement du crâne reste toujours en retard dans une direction perpendiculaire à celle de la suture soudée. En réalité, l'effort qui tend à suppléer à la compression cérébrale déterminée par l'ossification prématurée d'une suture, s'exerce dans tous les sens et surtout dans les points où elle rencontre le moins de résistance. De là les déformations si variées qu'on rencontre chez les idiots (1).

Le rachitisme des os est une cause de déformation cranienne, soit qu'elle permette une distension exagérée de la cavité cranienne et l'hydrocéphalie; soit, lorsqu'il tend à guérir, que ce travail d'ossification soit trop rapide, trop énergique ou se fasse d'une façon irrégulière. Chez quelques idiots, comme nous l'avons dit plus haut, l'épaisseur des os craniens acquiert des proportions considérables. Tantôt le diploë est épaissi, spongieux, aréolaire;

(1) Topinard. *l'Anthropologie*. 1879

tantôt les lames et le diploë forment une masse compacte d'une consistance et d'un aspect éburnés ; dans d'autres cas, à côté de points considérablement hypertrophiés, on en trouve d'autres réduits à une mince lamelle transparente.

Encéphale. — Le poids de la masse encéphalique est le plus souvent chez les idiots inférieur à la normale. Lélut estime que la moyenne du poids du cerveau est inférieure de 1 onzième à celle du cerveau des personnes saines.

Les *arrêts de développement* sont nombreux et variés. On a noté l'absence partielle ou totale du corps calleux, monstruosité qui, lorsqu'elle est isolée, n'est pas incompatible avec un certain degré intellectuel ; l'absence partielle de certaines circonvolutions et du centre ovale désignée sous le nom de *porencéphalie*, et qui consiste en une lacune creusée entre les ventricules et les espaces sous-méningés ayant la forme d'une poche kystique ; l'absence partielle du cervelet réduit au vermis ou à une petite masse atrophiée. Le cerveau lui-même peut être frappé d'arrêts de développement portant soit sur l'ensemble, soit sur une région déterminée.

La *morphologie* des circonvolutions est le plus souvent altérée ; Luys, qui en a fait une étude spéciale, arrive aux conclusions suivantes : 1° le cerveau des imbéciles et des idiots présente constamment des lésions morphologiques ; 2° Ces modifications se révèlent sous forme d'atrophies partielles portant sur tel ou tel groupe de plis corticaux qui sont amincis et amaigris, tandis que les sillons correspondants sont creusés et élargis ; 3° ce sont les circonvolutions frontales qui présentent le plus d'irrégularités dans leur mode de groupement, puis viennent les marginales ; 4° l'asymétrie des deux hémisphères est très accentuée, et ils présentent le plus souvent une discordance d'organisation des plus remarquables (1). Enfin on a signalé l'absence des circonvolutions elles-mêmes, le cerveau présentant l'aspect lisse du cerveau des animaux inférieurs (2).

(1) Luys, *Traité pratique et clinique des maladies mentales :* 1881.
(2) Communication du Dr P. Bricon.

L'*histologie* des cerveaux d'idiots montre des arrêts de développement du système vasculaire de l'écorce (Luys), la rareté des éléments cellulaires, la persistance des caractères embryonnaires de la structure des circonvolutions ; et quand les idiots ont dépassé l'adolescence, une nécrobiose avancée des cellules existantes.

Les lésions que l'ont trouve dans le cerveau des idiots varient suivant les affections cérébrales dont ils ont été frappés ; ce sont des méningites, des encéphalites diverses, des néoplasies de nature variée.

La plus fréquente peut-être de ces lésions est la *sclérose atrophique*, portant soit sur un hémisphère, soit sur un lobe, soit sur une région limitée de l'écorce, par exemple les circonvolutions frontales et marginales. Cette lésion entraîne, suivant son siège, des scléroses descendantes que l'on peut suivre dans tout l'axe cérébro-spinal. Elle consiste en une atrophie avec ratatinement et induration de la substance cérébrale.

A côté de cette forme diffuse de sclérose prend place la *sclérose tubéreuse*, résultat d'une forme spéciale d'encéphalite. Elle consiste en tubérosités superficielles qui, sans rien changer à la disposition générale des circonvolutions, donnent cependant un aspect tout particulier à la surface cérébrale. Ces foyers de sclérose se localisent soit à la surface des circonvolutions, soit à la surface des corps opto-striés. Le tissu scléreux de ces nodules consiste en une trame névroglique excessivement dense, parsemée de noyaux et de cellules araignées. Les éléments nerveux y font défaut, les vaisseaux y sont rares. Il n'y a pas de démarcation tranchée entre les parties malades et les parties saines, mais les cellules nerveuses les plus voisines du centre de la petite tumeur sont atrophiées, jaunes, granuleuses et troubles. Bourneville conclut à l'existence, dans ces cas, d'une *polio-encéphalite tubéreuse* (1).

La *sclérose hypertrophique* de la masse cérébrale est encore une lésion particulière à l'idiotie. Dans un cas publié par nous (2), ce qui frappait dans l'aspect général

(1) Bourneville et Brissaud, *Archives de Neurologie*, 1880-1881.

(2) Cullerre. *Un cas d'idiotie avec hypertrophie du cerveau*. (*Archives de Neurologie*, n° 37.)

de l'organe, c'était la simplicité vraiment shématique des circonvolutions et l'énorme hypertrophie de la substance nerveuse, surtout dans les lobes frontaux et sphéno-temporaux ; le cerveau présentait un aspect boursoufflé, comme déplissé ; les circonvolutions semblaient tassées comme en un espace trop étroit. L'encéphale pesait 1530 grammes. Au microscope, on constatait à la fois un arrêt de développement des éléments cellulaires de la substance grise, la multiplication des noyaux de la névroglie, et une grande abondance de cellules araignées. Dans deux cas de Brunet, le poids de l'encéphale s'élevait à 1635 et 1780 gr. L'hypertrophie cérébrale (1) s'accompagne parfois d'adhérences méningées, et par conséquent d'un certain degré de méningo-encéphalite. Elle se complique le plus souvent d'épilepsie, mais non constamment, comme on l'a prétendu.

On trouve encore chez certains idiots épileptiques, et succombant ordinairement à une série d'attaques convulsives, une *méningo-encéphalite* chronique généralisée, rappelant les lésions de la paralysie générale. Il y a adhérence généralisée de la pie-mère à la substance grise qui s'arrache en entier, et laisse à nu les crêtes indurées de substance blanche. A côté de ces lésions, on en trouve de plus anciennes, ou même de congénitales (2).

Absence du corps thyroïde. — On décrit depuis quelque temps une forme d'idiotie qui s'accompagne d'un état crétinoïde et de myxœdème ; c'est l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique, appelée encore *crétinisme sporadique*. Les caractères somatiques de cette idiotie sont : le développement d'un tissu adipo-cutané mollasse, pseudo-œdémateux, principalement à la face, au cou, au tronc et aux extrémités ; l'existence de boules graisseuses cervicales, au-dessus des clavicules ; l'évolution tardive de la puberté, et enfin surtout l'*absence complète du corps thyroïde*, cause première de tous ces accidents. On sait, en effet, que le myxœdème se rattache à l'ablation chirurgicale de cette glande (3).

(1) *Hypertrophie du cerveau.* (*Ann. méd. psych.*, 1874.)
(2) Bourneville, *Archives de Neurologie.*
(3) Bourneville et Bricon, *De l'idiotie avec cachexie pachydermique.* (*Archives de Neurologie*, 1886.)

§ 5. — Diagnostic et Pronostic

Ce n'est, le plus souvent, que quelques mois après la naissance que l'on peut diagnostiquer l'idiotie. A ce moment on commence à constater les déformations du crâne, ses irrégularités, son exiguité ou son volume exagéré lorsqu'il est distendu par du liquide. Les enfants sont somnolents, indifférents à ce qui les entoure, insensibles aux caresses de leur nourrice; ils prennent difficilement le sein, ne se fortifient pas, ne peuvent tenir leur tête droite et manifestent leur prédilection pour la position couchée. A mesure qu'ils avancent en âge, on remarque qu'ils ne jouent ni ne rient jamais, qu'ils ont du strabisme, qu'ils n'apprennent ni à parler, ni à marcher et que leur développement physique reste stationnaire. Ils tombent dans une hébétude permanente dont les excitations ne réussissent que rarement à les faire sortir.

En s'aidant des circonstances étiologiques probables, de la constatation des difformités concomitantes et de la mensuration méthodique du crâne, on arrive en général facilement à établir dès le début un diagnostic raisonné.

Le pronostic de l'idiotie, même dans ses formes légères, est toujours grave, car on ne sait jamais où s'arrêtera le trouble nutritif qui a enrayé le développement du cerveau et si une fois arrêté, il ne reprendra pas plus tard son cours. Il est en outre certaines circonstances qui viennent encore assombrir le pronostic : tels sont les accidents cérébraux, les convulsions, l'épilepsie, l'hydrocéphalie.

§ 6.— Traitement

Le traitement des idiots doit être à la fois médical, hygiénique et pédagogique.

Le traitement *médical* et *hygiénique* doit se proposer d'améliorer la constitution de ces infirmes, le plus souvent défectueuse, et entachée de lymphatisme et de scrofule. Une habitation saine et aérée, une nourriture fortifiante mais exactement dosée, des vêtements simples et commodes, une propreté rigoureusement entretenue par des

bains fréquents et des lotions quotidiennes sont parmi les besoins les plus essentiels des idiots. L'hydrothérapie, le massage, la gymnastique, un exercice régulier et soutenu entretiendront chez eux une certaine vigueur, l'activité musculaire, assureront leur sommeil et préviendront dans une certaine mesure les habitudes d'onanisme auxquelles ils ne sont que trop enclins. Enfin les différents agents de la médication tonique viendront au secours des agents purement hygiéniques, lorsque des indications spéciales se produiront.

Nous ne pouvons avoir la prétention d'indiquer dans leurs détails les *moyens pédagogiques* que l'expérience a montrés utiles dans l'éducation des idiots; ils varient d'ailleurs selon le degré de l'infirmité et suivant les formes si nombreuse qu'elle affecte ; nous nous contenterons donc d'indications très générales.

Avant tout, l'idiot doit être soumis à une certaine discipline, et les éducateurs les plus compétents sont d'avis d'apporter à la fois de la fermeté, de l'énergie et de la vigilance dans l'endiguement de ses caprices et de ses impulsions, sans toutefois heurter de front ses tendances, et tout en s'efforçant de gagner sa confiance et, s'il est possible, son affection.

Le premier but qui s'impose est ensuite de cultiver ses sens, d'éveiller et de fixer son attention : les dessins, les images, les objets brillants sont successivement utilisés. Puis vient l'enseignement de la parole, de la lecture, de l'écriture, du calcul. Enfin les sentiments moraux doivent être éveillés dans la mesure du possible. On s'efforcera de lui faire comprendre ce qui est bien et ce qui est mal, on tâchera de le rendre sociable, de lui inculquer la bienveillance, des sentiments affectifs, des sentiments de pudeur, la crainte du danger.

Par des exercices variés, on cherchera à développer les habitudes manuelles; on lui apprendra à marcher, à courir, à porter différents objets, à manger, à se peigner, à ajuster ses vêtements.

Cette orthopédie est d'ailleurs tout une science qui est cultivée avec succès par certaines personnes qui se vouent spécialement à l'éducation de ces êtres disgraciés de la nature. On a peut-être un peu exagéré, dans certains cas,

la valeur des résultats obtenus, mais s'il n'est pas permis d'espérer donner aux idiots l'intelligence qu'ils n'ont jamais eue, on peut tout au moins en modifier favorablement un certain nombre, et même dans le cas où aucun perfectionnement appréciable n'est obtenu, on arrive toujours à ce résultat, qui n'est pas à dédaigner, de les arrêter sur la pente de la dégradation progressive, où ils ne manquent pas de glisser rapidement lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes et que leurs facultés rudimentaires ne sont l'objet d'aucun essai de culture raisonnée et persévérante.

II. ALIÉNATIONS LIÉES AUX AFFECTIONS CÉRÉBRALES ORGANIQUES

CHAPITRE PREMIER

PARALYSIE GÉNÉRALE

§ 1er. — Généralités

Définition. — La paralysie générale est une affection caractérisée : 1° anatomiquement, par l'inflammation interstitielle diffuse de la couche corticale du cerveau avec extension éventuelle du processus morbide à tout l'axe cérébro-spinal; 2° symptomatiquement, par des troubles de la motilité, de la démence, et le plus souvent un délire spécial, tantôt de forme ambitieuse, tantôt de forme hypocondriaque.

L'expression de *paralysie générale* est consacrée par l'usage et mérite à ce titre d'être conservée dans le langage de l'aliénation mentale. Dans la pathologie commune, on tend à lui substituer celles de périencéphalite ou *encéphalite interstitielle diffuse* (1).

Historique. — Les phénomènes paralytiques dans le cours de l'aliénation mentale ont été signalés longtemps avant la découverte de la paralysie générale. Haslam (1798) parle de la fréquence de la folie comme cause des affections paralytiques : il remarque que certains paralysés incurables ont des idées d'orgueil, tombent dans l'imbécillité et le marasme et meurent d'apoplexie.

Esquirol, qui n'a pas connu la paralysie générale comme maladie distincte, considère les symptômes paralytiques comme une complication qui annonce l'incurabilité de la folie. Georget partage les mêmes idées.

(1) Jaccoud, *Traité de Pathologie interne.*

Bayle le premier (1822-1825) (1) admet que les deux ordres de symptômes marchent simultanément d'un pas égal et relèvent d'une cause unique, l'inflammation chronique de l'arachnoïde ; aussi donne-t-il le nom d'*arachnitis chronique* à la maladie, qu'il décrit d'une façon complète. Il admet notamment les trois périodes suivantes : 1° congestion, monomanie ambitieuse avec paralysie incomplète ; 2° manie, inflammation des méninges ; 3° démence avec paralysie générale plus marquée, déchéance progressive de l'intelligence et attaques épileptiformes.

Delaye (1824) (2) pousse un peu plus loin l'analyse des symptômes et des lésions anatomiques sans se prononcer définitivement sur l'existence d'une paralysie des aliénés comme forme d'aliénation autonome.

Calmeil (1826) (3) décrit la maladie d'une manière complète, et établit qu'elle relève, non d'une arachnitis, comme le prétendait Bayle, mais d'une inflammation de la couche corticale du cerveau qui est peu à peu désorganisée. Il insiste sur les adhérences de la pie-mère avec l'écorce cérébrale. Plus tard il donna à la maladie, d'après les divers symptômes qu'il avait relevés et mis en lumière, le nom de *périméningo-encéphalite*.

Parchappe (1838) (4) formule enfin une doctrine complète sur la paralysie générale. « Il existe, dit-il, une espèce de folie dans laquelle il y a lésion simultanée de l'intelligence et de la motilité ; qui a une marche généralement aiguë, quoiqu'elle puisse passer à l'état chronique ; qui a une terminaison constamment fâcheuse, et avec laquelle coëxistent dans l'encéphale plusieurs altérations pathologiques, parmi lesquelles il en est une constante, pathognomonique, le ramollissement de la couche corticale... Si l'on ajoute à ces caractères ceux qui peuvent être déduits de la nature des symptômes, on obtiendra un ensemble de caractères différentiels plus que suffisants pour fonder

(1) Bayle, *Thèse sur l'arachnitis* et *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes ;* Paris, 1826.

(2) Delage, *Sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés ;* thèse.

(3) Calmeil, *De la paralysie considérée chez les aliénés ;* Paris, 1823.

(4) Parchappe, *Des altérations de l'encéphale dans les maladies mentales ;* 1838.

une espèce d'aliénation mentale distincte de toutes les autres qu'on peut appeler *folie paralytique.* »

La paralysie générale était désormais reconnue comme entité pathologique distincte, mais bien des points cliniques restaient à éclaircir.

Baillarger contribua dans une mesure considérable à ces progrès. Il montra (1847) (1) que la maladie comprend deux ordres de symptômes : les uns, fixes, fondamentaux, essentiels, tels que les troubles de la motilité ; les autres, variables, accessoires, contingents, tels que les troubles délirants. En d'autres termes, la paralysie générale est indépendante de l'aliénation et peut exister sans elle, ce que Lunier établit plus tard par des observations (2).

Baillarger eut encore le mérite de montrer que les délires expansifs et mégalomaniaques n'étaient pas les seuls qu'on pût voir dans la paralysie générale et que la forme dépressive et hypocondriaque s'y rencontrait dans une notable proportion.

Les travaux de Lasègue (3)et de J. Falret (1853) (4) contribuèrent à leur tour au perfectionnement des descriptions cliniques de la maladie.

Avec l'application du miscroscope à l'étude de la lésion anatomique de la paralysie générale, s'ouvrit une nouvelle ère de travaux et de découvertes. Calmeil (5) décrit les lésions des capillaires; Rokitansky celles du tissu conjonctif de la substance nerveuse ; Magnan (6) montre que ces lésions consistent essentiellement en une abondante prolifération nucléaire. Westphal s'attache surtout à l'étude des lésions concomitantes de la moelle; Bonnet et Poincarré à celles des ganglions du grand sympathique. Signalons encore les travaux de Ludwig Meyer, Lockart Clarke, Meschede, Meynert, Lubimoff, Mierzejewski, Chrichton Browne, Clouston, Voisin (Auguste), Luys, etc., sur lesquels nous aurons occasion de revenir dans le cours de ce chapitre.

(1) Baillarger, *Ann. méd. psych.*, 1847.

(2) Lunier, *ibid.*, 1849.

(3) Lasègue, Thèse de concours, 1853.

(4) J. Falret, Thèse de Paris, 1853, et *Maladies mentales, études cliniques;* Paris, 1889.

(5) Calmeil. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau;* Paris, 1859.

(6) Magnan, Thèse de Paris, 1866.

§ 2. — Etiologie

Les conditions étiologiques qui président au développement de la paralysie générale sont complexes, comme dans toutes les maladies mentales ; nous allons les passer en revue.

1° *Causes prédisposantes.*

Hérédité. — Le rôle de l'hérédité est très discuté. Pour certains auteurs (Morel, Lunier), la paralysie générale n'a que peu de rapports avec l'hérédité vésanique ; elle relèverait d'une hérédité spéciale, l'*hérédité congestive.* D'après Ball et Régis (1) les paralytiques appartiennent à des familles de *cérébraux*, c'est-à-dire sujets aux affections organiques des centres nerveux, opinion fort voisine de la précédente. Sur quinze cent six membres composant les familles de cent paralytiques, ces auteurs n'ont trouvé que cinq aliénés.

Cependant, d'après Calmeil, plus d'un quart des malades atteints de périencéphalite chronique diffuse compte dans leur parenté, soit des maniaques, soit des mélancoliques, des sujets en démence, des épileptiques, des apoplectiques, des individus affectés d'encéphalite locale. Il résume son opinion en disant que le tiers des paralytiques a eu des parents ou aliénés, ou frappés de lésions cérébrales (2).

Marcé fait également jouer un grand rôle à l'hérédité dans la genèse de la paralysie générale. Selon lui, parmi les parents des paralytiques, on rencontre indifféremment non seulement des paralytiques, mais encore des maniaques, des mélancoliques, des monomaniaques ou des épileptiques qui se succèdent d'une génération à l'autre en se transmettant des aptitudes au fond identiques.

A. Voisin (3) dit que le plus souvent il existe chez les malades qui deviennent paralytiques, une prédisposition héréditaire.

(1) Ball et Regis, *Encéphale,* 1882
(2) Calmeil, *loc. cit.*
(3) A. Voisin, *Traité de la paralysie générale des aliénés;* 1879.

Pour Christian (1), la paralysie générale ne diffère pas essentiellement des autres maladies mentales au point de vue de l'hérédité.

Luys (2) dit avoir constaté dans un dixième des cas, un état de débilité intellectuelle des parents et surtout des mères.

Pour nous, nous croyons qu'un certain nombre de paralysies générales aiguës ou subaiguës qui évoluent dans un délai très court et qui relèvent d'une étiologie bien nette, se résumant dans l'abus du système nerveux, peuvent être exemptes de prédisposition héréditaire et ne proviennent que d'un manque de résistance de l'organe surmené. Néanmoins nous faisons une large part à l'hérédité dans la genèse de cette affection en général.

Sexe. — La paralysie générale est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme; mais les proportions varient suivant le milieu où on observe. Dans les maisons de santé consacrées aux classes élevées comme Charenton, la proportion des paralytiques admis n'est que de cinq femmes contre cent de l'autre sexe; dans les asiles ordinaires, elle varie de quarante à cinquante-cinq femmes pour cent hommes. Les statistiques officielles démontrent que le nombre des femmes paralytiques tend à augmenter considérablement, et dans une proportion beaucoup plus rapide que les hommes.

Age. — La paralysie générale est rare avant trente ans; on en voit cependant quelques cas rares entre vingt-cinq et trente ans, mais c'est surtout de trente-cinq à cinquante ans qu'elle a son maximum de fréquence. Passé cet âge, elle redevient rare. Une soixantaine de femmes m'ont donné, comme époque du début de la maladie, l'âge moyen de trente-neuf ans et demi.

Etat-civil. — Les hommes mariés fournissent les deux tiers des paralytiques, et les célibataires un tiers seulement, d'après Christian (3). Au point de vue de l'état-civil,

(1) Christian. *Archives de Neurologie*, 1888
(2) Luys, *Traité des maladies mentales*. 1881.
(3) Christian, *Archives de Neurologie*. 1887.

soixante-quatre paralytiques femmes m'ont fourni vingt-huit célibataires, vingt-huit mariées, huit veuves.

Profession. — La plupart des professions fournissent des cas de paralysie générale : ouvriers d'industrie, employés de commerce, médecins, professeurs, avocats, artistes, ingénieurs, fonctionnaires, etc. D'après les recherches de Contesse, à Bicêtre, sur une série de trois cents paralytiques, on en a trouvé cent seize avec des professions à travaux intellectuels, soit trente-huit pour cent, alors que la même catégorie d'individus ne comptait que pour seize sur cent dans le nombre des aliénés non paralytiques.

La profession militaire semble particulièrement favorable à la genèse de la paralysie générale. Les trois quarts des officiers aliénés sont paralytiques.

Les professions qui exposent à une grande chaleur favorisent également l'éclosion de cette maladie, qui sévit assez souvent sur les cuisiniers, les cuisinières, les chauffeurs, etc.

La vie que mènent les prostituées est encore une cause active de périencéphalite. Chez trente-neuf femmes paralytiques, j'ai trouvé dix-huit prostituées.

La profession agricole est celle qui fournit le moins de cas de paralysie générale.

2° *Causes occasionnelles.*

Excès. — Bien que les excès jouent certainement un rôle dans la genèse de la paralysie générale, il est presque impossible de leur assigner une place déterminée et constante dans l'ensemble des causes déterminantes de la maladie. Isolément, leur action est même souvent discutable ou nulle. Prenons par exemple les excès alcooliques : de nombreux paralytiques ont été sobres toute leur vie; mêmes réflexions à propos des excès sexuels, des excès de tabac. Le plus souvent leur action semble se borner à apporter un appoint à d'autres circonstances étiologiques. Il ne faut pas oublier cependant que l'alcool, qui a tendance à engendrer des processus scléreux dans les parenchymes abdominaux, peut agir de même vis-à-vis des

centres nerveux. On voit, en effet, de vieux alcooliques devenir paralytiques généraux.

Insolation. — L'importance de cette cause ne saurait être niée. Elle doit jouer un rôle dans les nombreux cas de paralysie générale qui frappent les fonctionnaires qui ont séjourné aux Colonies : marins, militaires, magistrats.

Traumatisme du crâne. — L'action des traumatismes craniens est des plus efficaces. Quand ils ne déterminent pas la paralysie générale franche, ils occasionnent parfois des troubles intellectuels et cérébraux *sui generis*, dont Lasègue a fait une étude à propos des *cérébraux*. Le traumatisme peut provenir de chutes, de coups, de projectiles, de blessures par armes blanches, etc. Son action n'est pas toujours immédiate, mais se fait sentir souvent à une époque plus ou moins éloignée de l'accident. Les chutes, par exemple, ont quelquefois eu lieu dans l'enfance, dans l'adolescence, alors que la paralysie générale n'éclate qu'à l'âge mûr.

Affections diverses. — Les médecins scandinaves et allemands sont en majorité partisans de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale, et Kjelberg croit qu'il n'y a pas de paralysie générale sans syphilis. Mendel partage en partie cette opinion. Pour lui, la syphilis agirait en déterminant une altération des vaisseaux encéphaliques. Les médecins français, en général, sont moins favorables à cette opinion et n'admettent pas que la syphilis soit une cause directe de périencéphalite ; son rôle est purement adjuvant et se borne, en altérant l'économie, à mettre l'organisme dans des conditions favorables à l'éclosion de la maladie. Cette opinion trouve un appui dans l'inefficacité absolue du traitement spécifique dans la paralysie générale (1).

Au surplus, on n'est même pas d'accord sur la fréquence de la syphilis dans les antécédents morbides des paraly-

(1) De nouveaux documents sont produits chaque jour en faveur du rôle que jouerait la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale et du tabes. Voyez notamment L. Minor, *Contribution à l'étude de l'étiologie du tabes*. (*Archives de neurologie*, 1889.)

tiques. Reinhard dit avoir constaté que dans les classes élevées de la société, la paralysie générale a été précédée de syphilis dans 73,3 °/o des cas, et dans 16,7 °/o dans les basses classes (1). Lewin, au contraire, prétend que sur deux mille vénériens traités par lui, il n'y en a pas un pour cent qui soit devenu paralytique (2).

Les lésions syphilitiques du cerveau et des méninges peuvent entraîner des accidents paralysiformes et des pseudo-paralysies générales ; mais dans ce cas, le traitement spécifique est la pierre de touche du diagnostic.

On cite des cas de paralysie générale développées consécutivement à certaines maladies infectieuses, à la diphtérie (Foville); à la pneumonie, à l'érysipèle (Baillarger); à la fièvre typhoïde (Parchappe, Voisin). Ces mêmes maladies et quelques autres, telles que les méningites, les convulsions de l'enfance, les fièvres palustres, peuvent laisser dans les centres nerveux des lésions résiduelles qui, plus tard, seront le point de départ des accidents paralytiques.

La suppression brusque de la menstruation, d'hémorrhoïdes, de la sécrétion lactée, est invoquée dans certains cas comme cause occasionnelle.

Enfin, on a vu des paralysies générales se développer à la suite de névralgies (névralgie sciatique, susorbitaire).

Causes morales. — Bien que l'obscurité règne encore sur bien des points de l'étiologie de la paralysie générale, des nombreuses recherches faites sur ce sujet se dégagent quelques notions fondamentales qui jettent une vive lumière sur les origines et les causes de cette maladie. On a constaté d'une façon indéniable :

1° Que la paralysie générale augmente de fréquence depuis l'époque où on l'a découverte, c'est-à-dire depuis le commencement du siècle;

2° Qu'elle a son maximum de fréquence dans les villes et dans les pays où la civilisation est intense; qu'elle est rare, presque inconnue dans les campagnes et les contrées où l'activité cérébrale est faible;

(1) Reinhard, *Annales*, 1885.
(2) Christian, *Union médicale*, 1880.

3° Qu'extrêmement commune chez les hommes, elle est relativement rare dans le sexe féminin.

D'où on peut conclure, sans crainte de se tromper, que la véritable cause occasionnelle de la paralysie générale est le surmenage du système nerveux, résultant des conditions de la vie moderne. Ce surmenage cérébral auquel contribuent non seulement le travail intellectuel, mais encore les chagrins et les peines morales, paraîtra encore évident, si l'on songe aux difficultés de la vie actuelle, aux efforts sans cesse croissants qu'elle exige pour arriver; aux luttes, aux déceptions qu'elle n'épargne à personne. Si l'on veut bien considérer, en outre, que chez les paralytiques (1) la capacité intellectuelle semble médiocre, et que les facultés brillantes sont rares, on comprendra d'autant mieux l'action du surmenage; surmenage tout relatif, d'ailleurs, puisque ce qui est surmenage pour le candidat à la paralysie générale ne le sera pas pour un individu bien doué. Le cerveau est ainsi maintenu dans un perpétuel état d'éréthisme qui entretient dans ses régions intellectuelles surtout une dilatation vasculaire qui a pour effet une congestion habituelle. Dans ces conditions, le moindre écart, le moindre excès devient nuisible, et en s'accumulant, ces diverses causes peu efficaces par elles-mêmes, prennent une importance décisive et fatale.

§ 3. — Symptomes

1° *Période prodromique.*

La paralysie générale n'éclate jamais brusquement; elle est en général précédée d'une période prodromique qui peut durer de quelques mois à plusieurs années.

Troubles psychiques. — Les premiers signes précurseurs sont habituellement d'ordre psychique. Comme au début de toutes les maladies mentales, la dépression mélancolique ouvre la scène. Elle peut être légère, de courte durée, et passer inaperçue. Dans d'autres cas, elle prend les proportions d'un véritable accès de stupidité; dans

(1) Christian, *Archives de Neurologie*, 1888.

d'autres, elle alterne avec des périodes d'exaltation intellectuelle.

Longtemps avant que l'attention soit éveillée, certains futurs paralytiques manifestent une suractivité mentale tout à fait en dehors de leurs habitudes. Ils font preuve de qualités qu'on ne leur connaissait pas; ils sont gais, hardis, affairés, bouleversent leur existence; chez eux, à ce moment, la démence n'a pas encore fait son apparition, et l'intelligence est réellement supérieure à elle-même.

Mais le plus souvent cette suractivité est de mauvais aloi; elle enfante des projets ambitieux, des spéculations dangereuses. Les malades, encore lucides pour tout le monde, ne rencontrent aucun obstacle à leurs entreprises et compromettent leur fortune. D'autres ont une activité sans but, ils circulent des journées entières, ne prennent aucun repos, multiplient les visites inutiles, voyagent, écrivent sans relâche. Ils deviennent prodigues, dissipateurs; ils multiplient les achats inutiles et inconsidérés, commettent des vols automatiques, s'adonnent instinctivement aux excès et à la débauche.

Leur appétit devient exagéré; ils ont une propension marquée aux excès alcooliques et aux excès vénériens. Chez quelques-uns les besoins sexuels prennent des proportions invraisemblables.

Leur caractère change d'une manière marquée. Chez les plus réservés et les plus modestes, la personnalité s'exalte, l'orgueil déborde, l'égoïsme devient exagéré; ils semblent oublier l'existence des autres. En même temps, leurs sentiments affectifs s'altèrent, ils deviennent colères, s'irritent pour des niaiseries, se montrent indifférents pour leur famille.

Chez une autre catégorie de malades, l'intelligence est primitivement atteinte dans ses forces vives; l'affection débute par la démence qui est annoncée par une dépression persistante, un affaiblissement progressif de la mémoire. Ils oublient les mots, se perdent dans leurs phrases et s'arrêtent ne sachant plus ce qu'ils veulent dire. L'attention devient de plus en plus difficile à fixer, les écrits sont incorrects; et tout travail est bientôt impossible, l'épuisement du cerveau étant complet au bout de quelques instants d'efforts. Les obligations professionnelles

ne peuvent plus être remplies; l'habileté manuelle diminue; c'est même chez certains ouvriers un des premiers symptômes observés. Ils manifestent souvent des idées hypocondriaques, s'attribuent des maladies imaginaires, principalement la syphilis, et ont des craintes de toute nature.

Enfin, la période prodromique de la paralysie générale peut être occupée par un accès de délire vésanique, maniaque, mélancolique ou stupide, qui masque pendant un certain temps les symptômes positifs d'encéphalite interstitielle.

Troubles physiques. — Les troubles physiques qui annoncent quelquefois plusieurs années à l'avance la paralysie générale, sont extrêmement variés, mais s'observent plus rarement que les troubles psychiques.

On a signalé des névralgies tantôt fixes, tantôt erratiques ou généralisées, mais rebelles à tout traitement (Voisin).

Dans d'autres cas, ce sont des troubles oculaires graves (1) : paralysie de la paupière supérieure, diplopie, strabisme. Ils surviennent en pleine santé apparente et disparaissent assez vite d'ordinaire. On les croit d'origine syphilitique, mais le traitement spécifique est toujours sans action sur eux.

Parfois, on a constaté des désordres gastriques pouvant simuler le cancer; des désordres intestinaux sous forme de diarrhées incoërcibles; des troubles des fonctions urinaires, consistant en douleurs vésicales, rétention ou incontinence d'urine.

On a encore signalé le mal perforant du pied, (2) et d'autres phénomènes tabétiques, tels que les crises de courbature (Féré); de la glycosurie passagère (Rouillard). J'ai observé dans un cas une albuminurie transitoire intense qui avait fait prendre le malade pour un brightique.

Notons enfin le retard ou la suppression des règles chez les femmes; une insomnie rebelle, ou l'apparition d'un sommeil lourd et agité par des cauchemars.

(1) Christian, Féré, Rouillard, *Annales*, 1888.
(2) Marandon, *Encéphale*, 1888.

2° *Première période.*

Symptômes psychiques. 1° *Délire expansif.* — Une fois que l'excitation générale de l'intelligence a commencé à se manifester, elle ne cesse de faire des progrès jusqu'à ce qu'enfin les idées délirantes se fassent jour. La forme la plus commune du délire de la paralysie générale au début est la variété expansive : les malades accusent un bien-être, une quiétude, un optimisme extraordinaires ; ils aiment à s'en féliciter et déjà manifestent une satisfaction maladive ; ils sont communicatifs, confient leurs projets à tout le monde, vantent leur force, leurs qualités physiques et intellectuelles, la prospérité de leurs affaires; ils se croient sûrs de succès extraordinaires, se promettent une destinée d'un éclat inconnu.

Bientôt les conceptions ambitieuses apparaissent, et quelle que soit la condition des malades, leur éducation, leur position sociale, leur race, leur nationalité, elles se traduisent au dehors avec une remarquable uniformité. Ce sont surtout des idées de grandeur, de richesses, de puissance, de gloire. Les malades se croient investis de grandes dignités ; ils sont généralissimes d'armées, présidents de la République universelle, princes, rois, empereurs. Ils sont appelés à diriger la nation, le monde, l'univers ; grâce à leurs bienfaits, tout le monde nagera dans la béatitude. Ils ont des châteaux, des palais dont les murailles sont en or, les meubles en matières précieuses; ils gagnent des sommes énormes, commencent par des cent mille francs et passent bientôt aux millions, aux billions, aux trillions de milliards ; rien ne limite non seulement leur puissance et leur richesse, mais encore leur générosité, et ils distribuent libéralement à leurs parents, à leurs amis, à leurs serviteurs et même aux premiers venus, titres, dignités, fortunes fabuleuses. Ils ont le port plein de dignité, une démarche majestueuse; parlent avec autorité, s'irritent à la moindre contradiction, à la moindre résistance; cependant leur habitus extérieur est souvent en opposition avec cette attitude, car ils négligent leur toilette, ont une tenue débraillée et

aiment à se chamarrer de rubans et d'oripeaux voyants qu'ils ramassent au hasard, et auxquels ils attachent la plus grande importance.

Au fur et à mesure que l'excitation augmente, les conceptions délirantes se haussent à un grandiose extraordinaire. Ils invitent l'humanité entière à des festins gigantesques dont les tables auront des milliers de lieues de long, parlent de boire des tonneaux de champagne, distribuent à tout venant des dignités et des dotations hyperboliques. Ils se sentent investis d'une puissance surnaturelle, ressuscitent les morts, transforment les mondes, créent des univers, et en arrivent à se croire des dieux.

Leur délire les suit jusque dans leurs rêves. Un malade nous racontait un jour que la nuit précédente il avait été, à la faveur d'un cataclysme, transporté en Arabie, et que là il s'était trouvé au milieu de monceaux d'or, de diamants et de pierres précieuses. Il s'empara d'une pierre précieuse de cent livres et d'un diamant de cinquante-sept livres, plus gros que son chapeau. Il avait de la peine à les porter et craignait de les laisser tomber, lorsque soudain il se sentit la force d'un Dieu. Il éprouvait au milieu de toutes ces richesses une jouissance ineffable.

Presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les hallucinations sont rares dans le délire expansif des paralytiques ; quelques-uns même les nient complètement : elles existent cependant quelquefois, et affectent à la fois l'ouïe et la vue. Tantôt terrifiantes, tantôt gaies, elles sont aussi changeantes que le délire et en suivent les vicissitudes.

Le délire ambitieux n'arrive pas d'emblée à sa complète floraison. Chez beaucoup de malades, on ne constate au début qu'une exagération de leur situation réelle ; leurs gains sont doublés tout au plus, leur industrie s'accroît, mais dans des proportions presque modestes ; ils croient fermement à leur supériorité, mais sans sortir cependant du rang qui leur appartient. Ce n'est que peu à peu qu'ils tombent dans les exagérations puériles et les invraisemblances monstrueuses. Alors leurs idées délirantes n'ont aucune stabilité, se transforment d'un moment à l'autre, se succèdent sans aucune liaison. L'excitation, en même

temps, fait des progrès et peut atteindre le paroxysme maniaque le plus violent ; les malades, alors, deviennent dangereux et se portent aux dernières violences contre quiconque ose leur tenir tête.

A côté de ce délire ambitieux complet, il existe une variété non moins importante, quoique moins accentuée. Marcé, qui l'a signalée, en donne la description suivante : « Les malades qui en sont atteints, n'ont pas de conceptions délirantes à proprement parler, mais ils vivent dans une béatitude, dans un contentement d'eux-mêmes que rien ne peut altérer. Ils ont des prétentions à la poésie, à la littérature, à la force ; ils se sentent vigoureux, doués d'une santé de fer, jamais ils ne se sont mieux portés. Ils mettent leurs bras à nu, admirent et font admirer la beauté de leurs formes, la vigueur de leurs muscles ; pleins de coquetterie inaccoutumée, ils passent des heures entières devant leur glace, se peignent, se lissent, et rétablissent sans cesse la parfaite harmonie de leur toilette ; leur visage est ouvert et souriant ; ils abordent le premier venu de leur poignée de main banale, se montrent prévenants, affables, contents de tout, et font voir avec ostentation leur maison, leurs meubles, leurs vêtements et les plus minces objets qui leur appartiennent. Cette forme de délire qui se prolonge souvent pendant les périodes ultérieures de la paralysie générale, contraste de la manière la plus saisissante avec la dégradation physique et intellectuelle dont les malades sont frappés ; mais en réalité, ceux-là n'éprouvent aucune souffrance morale et sont les seuls fous heureux. »

Ainsi qu'on peut déjà le remarquer par ce qui précède, le délire des paralytiques présente des caractères généraux importants que J. Falret (1) a bien fait ressortir : Les idées délirantes dont il se compose sont *multiples*, c'est-à-dire très nombreuses ; l'imagination surexcitée des malades en enfante sans cesse de nouvelles ; elles sont en outre *très mobiles*, car si l'on en voit quelques-unes avoir une certaine fixité, la plupart sont flottantes, accidentelles, et remplacées par d'autres du jour au lendemain ; elles sont *absurdes*, c'est-à-dire qu'elles sont sans rapport avec la

(1) Falret, Thèse, 1853.

situation des malades, dénuées de tout fondement ; elles naissent spontanément dans leur cerveau, et il les acceptent et les énoncent sans les contrôler, sans les penser en quelque sorte ; enfin, elles sont *contradictoires*, incompatibles les unes avec les autres, et les malades ne se préoccupent jamais de les concilier. Les paralytiques à cette période sont de vrais enfants, crédules, naïfs, qui se laissent facilement persuader. Leur délire est marqué au coin de la *débilité mentale*, ce sont des déments différant essentiellement des mégalomanes ordinaires, dont les idées orgueilleuses sont systématisées, et qui savent mettre au service de leur délire une logique rigoureuse. Tandis que ces derniers sont toujours conséquents avec eux-mêmes, les paralytiques mettent facilement de côté leurs idées délirantes pour en revenir à la réalité, et tel qui se prétendra revêtu des plus grandes dignités, possesseur d'une immense fortune, avouera l'instant d'après qu'il est artisan et que l'exercice de sa profession ne lui rapporte qu'un salaire des plus modestes.

2° *Délire dépressif.* — Le délire dépressif des paralytiques peut revêtir plusieurs formes. La plus commune est la variété mélancolique. Elle survient tantôt d'emblée, tantôt après une période expansive, ou alterne avec elle. Les symptômes sont ceux du délire mélancolique ordinaire ; les malades se croient perdus, ruinés, ils ont mérité la mort, ils ont commis des crimes, on les a volés, etc. Quelques-uns même se livrent à des tentatives de suicide. Mais les conceptions délirantes qui les y poussent n'ont en général aucune fixité et sont marquées au coin de la démence. L'un veut s'asphyxier parce qu'il s'imagine qu'on doit le guillotiner; un autre veut se tuer parce que des meubles qu'il attend n'arrivent pas; un autre se jette dans une fosse à piquer le feu d'une locomotive sans pouvoir dire pourquoi (1).

La dépression est en général accentuée et peut aller jusqu'à la stupeur. Lorsque les signes somatiques manquent, cette complication peut rendre le diagnostic plus difficile. La stupeur des paralytiques présente cependant

(1) Darde, *Du délire des actes dans la paralysie générale*, Thèse de Paris, 1874.

quelques caractères qui la différencient de la stupeur mélancolique simple. Selon Baillarger, les malades ont la figure triste, un peu étonnée, leurs traits ne sont pas contractés, leur regard est incertain. Ils ont une attitude passive plutôt que raide, et on remarque chez eux de l'apathie et de l'embarras intellectuels, des conceptions délirantes confuses, une sorte de rêve traversé d'illusions et d'hallucinations terrifiantes (1). Cette variété inconnue au début des études sur la paralysie générale, est cependant assez fréquente aujourd'hui.

Certains paralytiques mélancoliques sont agités ; ils ont une attitude effrayée, semblent vouloir échapper à des poursuites imaginaires, opposent une résistance invincible aux tentatives d'alimentation, ont des hallucinations terrifiantes et peuvent mettre fin à leurs jours dans un paroxysme panophobique.

On observe aussi quelquefois, mais plus rarement, la mélancolie religieuse et une sorte de délire de persécution non systématisé.

La variété hypocondriaque est assurément la plus importante, et en même temps la plus fréquente. Bien que les idées hypocondriaques des paralytiques puissent revêtir toutes les formes, elles affectent de préférence la forme grave : ils disent que leurs organes sont détruits, obstrués, qu'ils n'ont plus de tête, plus de bouche, plus de dents, plus de ventre, qu'ils sont bondés de matières fécales, que leur corps est pourri, qu'ils ne peuvent plus uriner, aller à la selle ; qu'ils n'ont plus d'yeux, qu'ils ne voient plus, qu'ils n'ont plus de corps. Ce délire est si fréquent dans la paralysie générale, qu'on a voulu le lui attribuer exclusivement. « Le délire ambitieux, dit Baillarger, est le délire spécial de l'excitation ; le délire hypocondriaque est le délire spécial de la dépression. » Le mérite de cet auteur est d'avoir signalé le premier cette forme délirante dans la paralysie générale, mais elle n'a réellement rien de spécial à cette maladie.

Il est une autre forme curieuse de délire hypocondriaque, signalée pour la première fois par Materne (2), sous le

(1) Baillarger, *Annales*, 1853.
(2) Materne, Thèse de Paris, 1869

nom de *délire des petitesses* et que A. Voisin appelle délire *micromaniaque*. Les malades se croient tout petits enfants, se figurent être des nains, avoir des membres atrophiés ; ils n'ont plus les jambes assez grandes pour se tenir debout, ils rapetissent et demandent à coucher dans un berceau.

Toutes ces conceptions délirantes sont absurdes au plus haut degré et très mobiles ; apparaissent un jour, disparaissent le lendemain. Elles alternent souvent avec des idées expansives ou alternent avec elles.

A. Voisin a en effet signalé une variété de délire qui forme transition entre le délire expansif et le délire franchement dépressif; il lui donne le nom de *délire d'exagération* et le considère comme spécial aux paralytiques mélancoliques. Les malades, pour exprimer de prétendues souffrances ou des fautes imaginaires, emploient un langage hyperbolique des plus bizarres. L'un prétend qu'il souffre depuis six mille ans, un autre qu'il a trois cents vers dans l'estomac. Tel autre se plaint d'avoir une érection éternelle ; un quatrième d'avoir trois cents millions de dettes, etc. C'est en somme un mélange d'idées mélancoliques et de grandeur ; c'est, si l'on veut, le délire ambitieux de la forme dépressive. Ces idées de grandeur s'associent aussi avec les idées hypocondriaques ; il y en a qui se plaignent qu'on leur ouvre le ventre pour y chercher des diamants qui y sont renfermés. Un de mes malades se plaignait d'être *enceinte de la Vierge !*

Le délire dépressif comporte un pronostic plus grave que le délire expansif, parce que ces symptômes propres, en venant s'ajouter à ceux de la paralysie générale, hâtent la dénutrition, l'amaigrissement, et l'apparition de la période de marasme.

Symptômes somatiques. — En même temps que l'affaiblissement de l'intelligence et les manifestations délirantes que nous venons de décrire, on observe chez les paralytiques à la première période un certain nombre de troubles de la motilité et de la sensibilité qui, pris isolément, n'ont assurément pas de valeur pathognomonique, mais qui réunis forment la base la plus solide du diagnostic.

Les *troubles de la parole* résultent du tremblement et

de la contraction irrégulière et convulsive des muscles de la face, des lèvres, de la langue, et quelquefois de la mâchoire inférieure. Le tremblement débute surtout au voisinage du sillon naso-labial et de la lèvre supérieure et les petites contractions spasmodiques, d'abord seulement fibrillaires, qui le constituent demandent, pour être remarquées, une certaine attention ; elles se produisent au repos, mais leur maximum a lieu quand le malade est en proie à une émotion ou se dispose à parler. Au début, elles sont passagères, et ne se reproduisent qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Ce phénomène est important à constater le plus tôt possible, car il permet de faire un diagnostic précoce. En dehors de la paralysie générale, on ne le rencontre, et encore exceptionnellement, que chez quelques mélancoliques et chez quelques névropathes.

Les mêmes troubles s'observent à la langue. Avant même que les malades l'aient tirée hors de la bouche, on la voit agitée de contractions fibrillaires irrégulières qui se portent successivement sur les diverses parties de l'organe. Sa sortie ne s'opère que par une succession de mouvements désordonnés ; projetée en avant, puis ramenée dans la bouche, elle sort et rentre ainsi plusieurs fois avant de rester définitivement au dehors. Pendant tout le temps qu'elle est maintenue au dehors, elle est agitée en tous sens de tremblements fibrillaires, d'ondulations irrégulières et de mouvements ataxiques plus ou moins étendus. Lorsque le malade veut parler on voit toute sa face s'animer, et les tremblements commencer à se produire ; ils augmentent quand la bouche s'ouvre et se propagent a l'orbiculaire et aux releveurs de la lèvre supérieure. La mâchoire inférieure elle-même est animée de petites oscillations pendant la période d'hésitation et d'effort qui précède l'émission de la première syllabe. Plus ces troubles sont accentués et plus la parole est embarrassée. Tout d'abord, c'est un simple temps d'arrêt, un faux pas que l'on remarque de loin en loin quand on a une grande habitude de ce symptôme. Plus tard, tantôt certaines syllabes sont imparfaitement prononcées et il se produit une sorte de bredouillement passager; tantôt certaines syllabes sont répétées. La parole d'abord hésitante, devient traî-

haute, comme scandée, accompagnée d'une sorte de chant monotone ; des syllabes sont souvent omises. Enfin, l'émission des mots se fait avec une lenteur extrême, et dans les cas les plus accentués, les troubles ataxiques et paralytiques sont si intenses que le malade en est réduit à un mutisme à peu près complet.

Diverses circonstances contribuent à augmenter l'embarras de la parole ; il devient en général plus marqué pendant les époques menstruelles, après les repas, quand le malade est vivement ému, à la suite des accidents congestifs ou épileptiformes. Tantôt il augmente pendant l'agitation, tantôt il s'atténue au contraire. En général, plus on prolonge l'examen, et plus on a des chances de le constater, parce que l'épuisement cérébral qui résulte des efforts d'attention que fait le malade en favorise l'apparition. Pendant la lecture à haute voix, il devient quelquefois très manifeste, alors qu'il passait inaperçu dans la conversation ordinaire.

D'après A. Voisin, les troubles de la paroles doivent être attribués à l'altération des noyaux du facial, de l'hypoglosse et des olives.

L'inégalité pupillaire est en général un des signes les plus précoces de la paralysie générale; il avait échappé aux premiers observateurs. Le premier, Baillarger l'a signalé en 1850 (1). Suivant Moreau (de Tours) elle existe dans la moitié des cas; et dans le tiers seulement d'après Lasègue.

L'inégalité pupillaire peut tenir soit à une constriction exagérée, soit à la dilatation anormale de l'une des deux pupilles. Le défaut de contractilité de l'iris peut aller jusqu'à la mydriase complète.

Les pupilles sont quelquefois toutes les deux anormalement et également dilatées, insensibles à la lumière (A. Voisin). Le rétrécissement simultané des deux pupilles est moins fréquent ; on le rencontre cependant d'une façon temporaire, l'état de l'iris, surtout au début de la maladie, étant sujet à de fréquentes variations.

On a enfin signalé l'irrégularité des pupilles : l'ouverture de l'iris a souvent perdu sa forme circulaire et elle

(1) Baillarger. *Gazette des hopitaux*. 1850.

prend des formes elliptiques, anguleuses, polygonales (1).

Le mécanisme des changements de la pupille est très controversé ; on a tour à tour invoqué la lésion ou l'irritation du nerf moteur oculaire commun et du grand sympathique. Il est possible que ces deux nerfs, suivant les cas, jouent un rôle dans la production de ces phénomènes.

Malgré les recherches tentées sur ce point, il ne semble pas qu'il y ait lieu d'établir de rapport entre l'état mental des paralytiques et l'état de leurs pupilles (2).

Les *troubles de la motilité* consistent, au début, en phénomènes ataxiques. Chez les uns, la démarche est chancelante; ils ne peuvent plus diriger correctement les mouvements de leurs membres. Parfois ils oscillent, comme des personnes ivres, et quand ils ont arrêté les yeux sur le but à atteindre, on les voit se roidir et partir dans la direction voulue comme poussés par la détente d'un ressort. Chez d'autres, la démarche est pesante; ils n'avancent qu'en écartant les jambes, et trébuchent à la moindre inégalité du sol. Ils marchent cambrés, comme s'ils avaient un tour de reins ; lèvent à peine les pieds et ne s'arrêtent que difficilement; lorsqu'on les interpelle, il leur faut un instant pour se retourner, non sans risquer de perdre l'équilibre. Il n'y a réellement, à cette période, aucun parésie des membres inférieurs, car les malades peuvent faire de très longues courses et déployer une grande énergie musculaire.

En même temps, on constate une maladresse croissante des membres supérieurs ; ainsi que nous l'avons signalé précédemment, les malades appartenant aux professions qui exigent une certaine habileté manuelle deviennent rapidement incapables de travailler. Cette maladresse tient à un tremblement ataxique des membres supérieurs. Calmeil le croit plus tardif que les désordres qui atteignent les membres inférieurs ; Lasègue, au contraire, prétend que plus on examine les malades dès le début, et plus le tremblement des mains est manifeste, comparativement à celui des jambes.

(1) Mobèche. *Annales médico-psychol.*, 1875.
(2) Austin, *Annales*.

Une des conséquences de ce tremblement des mains, ce sont des troubles caractéristiques de l'écriture. Les lettres sont irrégulières et tremblées, inégales ; les mots sont irrégulièrement formés, les lignes incorrectes. Peu à peu les malades ne peuvent plus tracer que des griffonnages illisibles.

En raison de l'état de démence des malades et parfois d'un peu de parésie des muscles de la face, la physionomie prend un aspect inerte, dénué de toute expression. Les sourcils sont déformés, prennent un aspect bizarre, abandonnent l'arcade sourcilière vers la partie moyenne pour se relever sur le front et retomber sur les yeux (Moreau de Tours).

Il est fréquent aussi de voir certains malades, mais surtout à la deuxième période, se livrer à des mouvements de déglutition incessants et à un mâchonnement continuel, à la manière des ruminants.

Baillarger a rencontré ce symptôme dès le début même de la maladie.

Le grincement des dents est un phénomène le plus souvent tardif, mais que Baillarger et Lasègue ont cependant rencontré à la première période. Ce dernier cite le cas d'un malade qui dès la période prodromique avait un tel trismus avec grincement des dents, qu'il coupait en deux une mince pièce de monnaie.

La raideur des muscles du tronc se rencontre aussi à la première période. Dans certains cas où les lésions prédominent dans un hémisphère, il en résulte des symptômes plus accentués du côté opposé du corps ; c'est ainsi qu'on rencontre des déviations de la luette, de la langue, l'abaissement d'une commissure labiale, une certaine déviation des traits de la face, du ptosis.

On a encore signalé un certain degré d'exophthalmie avec convexité plus marquée du globe oculaire (1).

Enfin, on a constaté (Jaccoud) la paralysie d'une des cordes vocales déterminant de la dysphonie, une altération du timbre de la voix.

Les *troubles de la sensibilité* sont à peu près constants, mais n'ont qu'une importance secondaire. Ces troubles

(1) Moreau (de Tours), *Union médicale*, 1853.

portent à la fois sur la sensibilité générale, et sur la sensibilité spéciale.

On constate souvent, tout à fait au début, une anesthésie presque complète ; elle disparaîtrait lorsqu'apparaissent les troubles de la motilité (1). Elle est quelquefois unilatérale ou prédominante d'un côté. On constate aussi parfois une hyperesthésie passagère, due sans doute à un état congestif de la moelle.

On rencontre encore des engourdissements, des fourmillements dans les membres, et chez quelques malades des névralgies passagères et des douleurs fulgurantes.

Pitres a signalé, chez quelques tabétiques, la perte du réflexe crémastérien, l'insensibilité testiculaire et l'atrophie de cet organe. J'ai retrouvé tous ces phénomènes chez plusieurs paralytiques.

Certains auteurs attribuent au trouble du sens musculaire certaines conceptions bizarres du délire hypocondriaque des paralytiques.

Les troubles de la sensibilité spéciale portent principalement sur l'odorat et la vue. La diminution ou la perte de l'odorat des deux côtés ou d'un seul est un des signes sur lesquels A. Voisin insiste d'une façon toute particulière. Selon cet auteur, ce symptôme est presque constant, n'appartient pas à une autre maladie qu'à la paralysie générale ; c'est un signe précoce, et qui par cela même aurait une haute importance diagnostique.

Chez les deux tiers des paralytiques, l'ophthalmoscope n'a révélé à Magnan aucune lésion de la rétine. Dans l'autre tiers, il a constaté une légère bordure de sclérose le long des artères rétiniennes et de l'œdème péripapillaire. On constate encore dans quelques cas soit de l'amblyopie monoculaire, soit une amaurose complète par atrophie de la papille. Ce dernier symptôme débute quelquefois plusieurs années avant l'explosion de la paralysie générale.

Le plus souvent, dans la première période de la maladie, quand elle affecte la forme maniaque, on trouve de la *fièvre*. Le thermomètre ne dépasse guère 39° et reste plutôt au-dessous de ce chiffre; il monte le soir et descend le

(1) De Crozant, *Annales*, 1846.

matin. L'élévation de la température se manifeste brusquement et tombe de même ; sa durée est variable : un, huit, quinze jours et plus, suivant la longueur du paroxysme d'agitation (A. Voisin). Souvent il se produit une élévation subite et passagère sans qu'aucune modification dans l'habitus extérieur du malade permette de la soupçonner.

L'augmentation de la température annonce encore une attaque congestive, apoplectiforme ou convulsive (L. Meyer).

Le pouls n'est pas toujours en rapport avec l'élévation de la température, et dans quelques cas on ne constate ni accélération ni dicrotisme. D'autres fois, au contraire, malgré l'absence de fièvre, j'ai rencontré l'accélération du pouls avec dicrotisme persistant un certain temps, phénomène déjà signalé dans l'ataxie locomotrice.

Les tracés sphygmographiques révèlent quelquefois l'existence de l'athérome artériel et de l'insuffisance aortique d'origine athéromateuse. L'aortite chronique n'est pas rare chez les paralytiques âgés, surtout s'ils ont des antécédents alcooliques.

Fig. 6. — Homme, 32 ans. Paralysie générale, 1re période. Agitation maniaque, température 38°6.

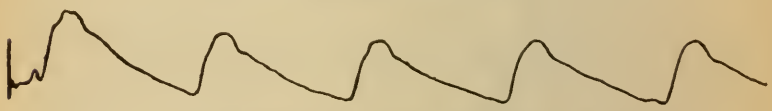

Fig. 7. — Homme, 50 ans. Paralysie générale, 2e période. Délire hypocondriaque, athérome artériel.

3° *Deuxième période.*

La deuxième période n'est pas nettement séparée de la première et n'en diffère que par l'intensité plus grande des symptômes que nous venons de passer en revue. A ce moment, il n'y a plus aucun doute possible sur le diagnostic, même pour une personne inexpérimentée.

L'affaiblissement intellectuel fait des progrès de plus

en plus rapides ; les malades perdent tout à fait la notion du temps et des lieux, ne reconnaissent plus leurs proches, ont oublié leur existence passée et les circonstances qui les touchent de plus près. Ils ne savent plus s'ils sont mariés, s'ils ont des enfants.

Leur délire est le même que dans la période précédente, mais plus incohérent, plus absurde encore ; ils passent sans transition d'un état expansif à un état mélancolique ou manifestent simultanément des conceptions délirantes des deux ordres Ces dernières perdent peu à peu ce qu'elles avaient de vigueur, deviennent de moins en moins multiples et mobiles ; ce sont les mêmes mots qui reviennent toujours, les mêmes idées qui reparaissent, de plus en plus rares. Les malades vivent dans une semi-agitation continuelle. Ils vont et viennent sans but, sans direction ; entrent et sortent, bouleversent leur chambre, se livrent à des mouvements automatiques incessants, déchirent leurs habits, arrachent leurs boutons, se couchent dans le premier lit venu, ne savent plus distinguer les diverses pièces de leurs vêtements et s'habillent d'une manière ridicule. Ils ramassent les objets les plus disparates, cailloux, chiffons, papiers, choses malpropres et en bourent leurs poches. Ils se plaisent à manipuler des ordures et parfois même à les manger. Ils sont de temps en temps soumis à des paroxysmes d'agitation plus vive : alors ils deviennent violents, brisent tout ce qui leur tombe sous la main, poussent des cris de colère et déploient une puissance musculaire dont on ne les aurait jamais supposés capables.

Chez quelques-uns on observe une sorte d'agitation silencieuse (J. Falret). Le désordre automatique des actes est chez eux prédominant ; ils vont, changeant tous les objets de place, les mettent dans leur poche pour les reposer aussitôt où ils les ont pris ; saisissent la main aux personnes qu'ils rencontrent, la serrent, la lâchent, la reprennent machinalement ; posent leur main sur tous les meubles, circulent affairés, comme s'ils cherchaient quelque chose alors qu'ils ne pensent à rien et n'obéissent qu'à une impulsion purement machinale. D'autres déchirent leurs vêtements, leur linge, détruisent les objets qui sont à leur portée, tout cela sans intention.

Ils deviennent malpropres, mangent d'une façon dégoûtante, prennent leurs aliments à pleines mains et les introduisent en masse dans la bouche, les avalant avec voracité sans prendre le temps de les mâcher. Aussi, en raison de l'ataxie des muscles de la déglutition, et de la grosseur du bol alimentaire ingéré, succombent-ils quelquefois à l'asphyxie. On les voit parfois tomber foudroyés au milieu de leur repas. Si les secours sont immédiats, on peut quelquefois extraire soit avec les doigts, soit à l'aide de pinces recourbées le corps étranger qui obstrue le pharynx ; mais le plus souvent, quand le médecin arrive auprès des malades, l'asphyxie est complète. A l'autopsie, on trouve la glotte complètement oblitérée par un morceau de viande entier, une pomme de terre, un morceau de pain ; dans d'autres cas, l'épiglotte est refoulée par un bol alimentaire compact accumulé à l'extrémité supérieure de l'œsophage. Quelquefois, on trouve des aliments jusque dans les bronches. Enfin, il peut arriver qu'un corps étranger volumineux arrêté dans l'œsophage, comprime la trachée et amène une asphyxie lente et progressive.

En même temps, les troubles ataxiques augmentent ; les malades ne sont plus solides sur leurs jambes qui s'embarrassent ; ils tombent à chaque instant et commencent à avoir besoin de l'appui d'un bras étranger. Chez quelques-uns, la progression n'a lieu que par saccades ou se fait avec une rapidité excessive, comme s'ils étaient poussés par une force indépendante de leur volonté.

L'écriture devient de plus en plus irrégulière, et même indéchiffrable. Le tremblement de la langue et des muscles de la face augmente, et ces derniers sont animés de mouvements convulsifs de plus en plus étendus.

Les troubles de la parole s'accentuent de plus en plus. Ils prennent les caractères de l'*ânonnement*, par retard dans l'émission des sons ; du *bégayement*, par la répétition successive des mêmes syllabes ; du *bredouillement*, par précipitation dans l'articulation des diverses syllabes des mots (A. Voisin). La parole est en outre traînée, hésitante, tremblée. Il se produit des poussées d'aphasie et de mutisme, tantôt par défaut d'idées, tantôt par accroissement de l'ataxie et de la paralysie des organes vocaux.

Enfin, le tremblement de la parole est tel, qu'il s'oppose à toute articulation intelligible et que les malades ne poussent plus que des cris.

Pendant cette période, les paralytiques prennent en général un embonpoint considérable, tant par suite de leur voracité que d'une perturbation survenue dans les fonctions trophiques du système nerveux.

On observe aussi des troubles vaso-moteurs se traduisant par des rougeurs de la face, des poussées congestives vers les centres nerveux accompagnées d'incontinence d'urine passagère.

On constate encore des symptômes transitoires d'hémiplégie et des contractures passagères des membres supérieurs, du tronc, des muscles du cou; on voit alors les malades marcher pendant plusieurs heures, quelquefois plusieurs journées renversés en arrière, penchés sur un côté, ou la tête inclinée sur la poitrine.

Enfin, le mâchonnement, les mouvements de déglutition deviennent continuels. Le grincement de dents devient plus fréquent, et parfois se poursuit nuit et jour, et détermine une usure progressive des dents chez les malades qui présentent ce phénomène.

4° *Troisième période.*

Le passage à la troisième période est marqué par l'émission involontaire de l'urine et des matières fécales (Marcé). Ce symptôme, d'abord accidentel, devient peu à peu ordinaire. D'abord les malades urinent au lit ou dans leurs vêtements ; un peu plus tard, il leur arrive de laisser aller les selles quand elles sont molles; plus tard encore, ils laissent aller leurs excrétions d'une façon continue et deviennent grands gâteux.

Les signes somatiques atteignent leur apogée : la parole devient inintelligible; la marche est de plus en plus difficile; les parésies, ainsi que les contractures dont ils sont le plus souvent atteints les obligent à des efforts d'équilibre dont ils ne sont plus capables; ils ne peuvent plus se tenir qu'inclinés fortement soit à droite, soit à gauche, et finalement sont obligés de demeurer en permanence sur un fauteuil ou de garder le lit.

Il convient d'observer cependant que les troubles locomoteurs des paralytiques n'ont à proprement parler aucun caractère de paralysie véritable. Couchés, ils peuvent développer une grande force musculaire, alors que debout, ils chancellent ou tombent à chaque pas. C'est plutôt une incoordination motrice spéciale. De même, à moins que la moelle ne soit atteinte en même temps que le cerveau, le phénomène du gâtisme est plutôt dû à la démence, à l'oubli ou à l'apathie, qu'à une paralysie des sphincters. Les muscles eux-mêmes conservent l'intégrité de leurs propriétés ; ils ne subissent aucune atrophie marquée et même chez les malades arrivés au dernier degré du marasme, ils n'ont pas perdu leur contractilité électrique.

Du côté de l'intelligence, la dégradation poursuit sa marche envahissante. Le délire disparaît, la démence devient absolue ; à peine, quand la parole est encore intelligible, distingue-t-on encore quelques mots qui rappellent les idées ambitieuses anciennes. Peu à peu l'existence se trouve réduite aux fonctions végétatives qui se font encore avec une certaine régularité. Ces malades ont vraiment cessé de vivre avant de mourir (Lasègue).

Cependant, malgré la persistance apparente des fonctions de la nutrition, la cachexie se prépare. Les digestions sont moins satisfaisantes ; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Parfois l'un ou l'autre de ces troubles s'instable à demeure, et, ou le malade est toujours souillé de matières fécales, ou il reste huit ou quinze jours sans aller à la selle. A l'engraissement succède parfois, malgré une alimentation abondante, un amaigrissement rapide terminé par le marasme.

Dénués désormais de toute résistance organique, ils succombent à la moindre affection intercurrente, surtout à la congestion pulmonaire et à la broncho-pneumonie.

La peau subit une altération notable ; devient terne, se dessèche, et se détache en desquamations furfuracées. Dans d'autres cas, elle se recouvre d'un enduit huileux d'une odeur excessivement fétide (A. Voisin). Enfin, elle devient le siège d'éruptions pemphigoïdes et surtout d'escharres, accident redoutable entraînant rapidement la

mort des malades. Elles surviennent lentement, à la suite du décubitus prolongé et du contact irritant des liquides excrémentiels; on les observe au sacrum, aux talons, aux coudes, aux trochanters. Dans d'autres cas, elles se produisent d'une façon rapide; leur apparition est précédée d'une aggravation de l'état cachectique. Les malades ont la fièvre, la face se grippe, les traits se creusent; il survient des frissons, des vomissements, de l'inappétence et de la diarrhée. Elles se développent sur diverses parties du corps, tantôt par l'apparition de rougeurs inflammatoires, tantôt par l'apparition de phlyctènes sanguinolentes; elles aboutissent parfois à la gangrène, à la nécrose des os, à la suppuration des méninges rachidiennes, à l'infection putride et entraînent la mort dans un délai variable (A. Voisin).

Les escharres peuvent, suivant les cas, être causées par des lésions médullaires, des névrites périphériques, ou tout simplement par la cachexie et l'altération du sang.

Ce liquide, en effet, d'après A. Voisin, subit dans les derniers temps de la maladie des altérations profondes : il est fluide et poisseux, ne se prend pas ou ne se prend que difficilement en caillots au sortir de la veine, et le caillot qui nage dans une sérosité roussâtre est mou, diffluent, et se déchire avec la plus grande difficulté. Beaucoup de globules subissent une déformation qui les rend anguleux. Enfin, on constate quelquefois dans le liquide sanguin la présence de vibrions et de bactéries qui sont la cause d'une septicémie ultérieure.

Un accident fréquent chez les paralytiques avancés, mais qui se rencontre aussi quelquefois dans d'autres maladies psycho-cérébrales, c'est l'hématome de l'oreille (1). Cette tumeur sanguine se développe quelquefois spontanément ; le plus souvent sous l'influence d'un traumatisme léger, une chute, un froissement, un coup. Les malades y sont prédisposés par les lésions vasculaires, l'altération du sang, et peut être aussi du cartilage.

Enfin, une complication ultime plus rare, mais aussi d'une gravité exceptionnelle, ce sont des gangrènes envahissant brusquement une région ou un membre; elles

(1) Voyez *Pathologie générale*, chap. II, page 94.

sont très probablement le résultat de thromboses artérielles et veineuses engendrées par la décomposition du sang.

§ 4. — Complications

Les complications de la paralysie générale consistent en attaques qui peuvent se produire à toutes les périodes de la maladie et sont susceptibles de se ramener à deux types : l'attaque *apoplectiforme* et l'attaque *épileptiforme*. Bien que certaines formes cliniques de la maladie soient plus sujettes à présenter l'un ou l'autre de ces accidents, il n'en est aucune qui en soit complètement exempte. Leur fréquence n'est pas la même, selon la période de la maladie ; tandis que l'attaque apoplectiforme est souvent un accident prémonitoire, qui fait partie des signes prodromiques, l'attaque épileptiforme ne se produit habituellement que dans une période plus avancée. Les complications sont le résultat de *poussées congestives*, générales ou partielles, vers les centres nerveux.

Attaques apoplectiformes. — Tantôt elles sont précédées de malaises précurseurs, d'embarras dans la tête, de bourdonnements d'oreilles, d'éblouissements, de troubles dans les idées; d'une exaltation inaccoutumée ou au contraire de prostration; tantôt la perte de connaissance a lieu subitement. Elle se prolonge un temps plus ou moins long et s'accompagne d'insensibilité, de dilatation des pupilles, et de l'écoulement involontaire de l'urine et des matières fécales. La température s'élève d'une façon constante, et peut atteindre 40° ; la peau est chaude et moite, le pouls plein, et plus ou moins fréquent. Si l'état se prolonge, on voit apparaître des troubles musculaires convulsifs plus ou moins étendus qui persistent un, deux ou trois jours; ils consistent en tressaillements spasmodiques dans les paupières, dans les muscles des joues, des lèvres, dans les bras, les mains et les membres inférieurs. Quand la température se maintient à un degré élevé, on doit craindre une terminaison fatale; dans le cas où l'attaque doit se terminer par résolution, on voit la température baisser d'une façon irrégulière et se maintenir pendant plusieurs jours entre 37,5 et 38°, mais tout danger

n'a disparu que quand elle est retombée à la normale.

Dans les cas légers, le collapsus disparaît peu à peu, la sensibilité revient progressivement et la motilité se rétablit, mais demeure plus altérée qu'avant l'attaque. De même la parole ne reparaît que progressivement, et on remarque qu'elle est plus embarrassée ; l'intelligence reste quelque temps obtuse.

On voit parfois alors les pupilles se rétrécir, la rétention d'urine succéder à l'incontinence, une constipation opiniâtre s'établir et le délire ambitieux éclater avec violence (A. Voisin).

Des attaques plus légères se produisent dans le cours de la paralysie générale confirmée. Tout à coup, le malade se trouve dans l'impossibilité de parler et de se tenir en équilibre sur ses jambes. En même temps il devient insensible au monde extérieur, étranger à ce qui l'entoure; il laisse quelquefois aller sous lui; son pouls s'agite ou se concentre, sa respiration s'embarrasse et sa face se couvre d'une rougeur persistante. Au bout de quelques heures, plus souvent au bout de quelques jours, toute trace de ces accidents a disparu, mais on remarque que les différents symptômes de la paralysie générale se sont aggravés (1).

Enfin, dans les cas très graves, la perte de connaissance peut se prolonger pendant plusieurs jours et être suivie d'une véritable *encéphalite* aiguë, avec tous les symptômes de cette grave affection des centres nerveux.

On a distingué une foule de formes de l'attaque apoplectiforme. Aubanel a été jusqu'à en distinguer huit différentes : forme légère, maniaque, convulsive, hémiplégique, coup de sang, comateuse, intermittente, irrégulière. Ce n'est qu'au lit du malade que l'on peut étudier toutes ces modalités symptomatiques, qui peuvent se succéder chez le même malade, ou se mélanger en donnant lieu à une symptomatologie des plus complexes dont la description n'a d'ailleurs qu'un intérêt secondaire.

La forme maniaque est la plus fréquente et ne se traduit que par une poussée congestive vers la face et les centres nerveux, et du délire maniaque.

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau;* 1859.

Dans la forme hémiplégique, on voit les malades au milieu d'un repas ou d'une promenade laisser tout à coup tomber l'objet qu'ils tiennent à la main et ne pouvoir se tenir debout. Ils restent ainsi paralysés d'un bras, d'une jambe, ou de toute une moitié du corps pendant quelques heures ou plusieurs jours ; après quoi la paralysie disparaît mais en laissant quelques traces.

A côté de l'attaque apoplectiforme par *congestion cérébrale* que nous venons de décrire, il convient de signaler celle qui est produite par l'infiltration séreuse des méninges et l'hydropisie ventriculaire. Elle est beaucoup plus rare que la précédente et ne survient qu'à la troisième période de la paralysie générale. Son caractère pathognomonique est d'être accompagnée, non d'une élévation, comme dans les attaques congestives, mais d'un *abaissement de température.*

Le pronostic des attaques apoplectiformes est toujours très grave, quelle que soit d'ailleurs leur intensité. Elles sont la cause directe de la mort chez un tiers des paralysés généraux (A. Voisin). Quand elles n'entraînent pas la mort, elles sont suivies d'explosions délirantes ambitieuses, d'embarras plus marqué de la parole, d'un affaiblissement de plus en plus accentué de l'intelligence. Elles laissent après elles des paralysies incomplètes, des hémiplégies, des contractures d'un membre ou de tout un côté du corps, de l'incontinence des urines et des matières fécales. En un mot, elles précipitent les progrès de la paralysie générale dont les périodes se succèdent avec d'autant plus de rapidité qu'elles se produisent elles-mêmes plus fréquemment.

Attaques épileptiformes. — Certains paralytiques sont sujets à des attaques relevant du syndrôme épilepsie. On en distingue plusieurs variétés : la forme commune convulsive franche, la forme vertigineuse, la forme Jacksonienne, la forme éclamptique.

Dans certains cas, la similitude entre l'attaque convulsive de la paralysie générale et celle de l'épilepsie franche est telle qu'on peut s'y tromper. « Il est, dit J. Falret (1),

(1) Falret, *Congrès de médecine mentale :* Paris, 1878; et *Maladies mentales, études cliniques :* Paris, 1889.

des paralytiques qui ont pendant plusieurs années des attaques d'épilepsie se produisant à intervalles assez éloignés, n'entraînant à leur suite que des troubles légers et passagers de l'intelligence, et tellement analogues aux attaques d'épilepsie ordinaire que les cliniciens les plus exercés s'y trompent. » Se basant sur ces faits, l'auteur veut distinguer une variété épileptique de paralysie générale.

Chez ces malades, le phénomène de l'aura est très rare, et n'est pas signalé plus de trois fois par les auteurs (1).

Les formes vertigineuse et Jacksonienne sont assez rares et ne méritent aucune description spéciale.

La forme la plus grave et aussi la plus commune est la variété éclamptique. Le malade tombe foudroyé et est pris aussitôt de convulsions tantôt générales, tantôt limitées à un membre, à une moitié du corps, ou se portant successivement d'une région dans une autre. Elles ont une durée prolongée avec alternatives de pâleur, de congestion intense de la face, écume sanguinolente aux lèvres, et rotation de la tête avec déviation conjuguée des yeux. Tantôt elles sont isolées, tantôt elles se répètent à de courts intervalles ou même sont subintrantes et peuvent se prolonger pendant quarante-huit heures et plus. La température, pendant ces attaques, s'élève d'une façon constante, et suit la même marche que dans les attaques apoplectiformes. A la suite, tantôt le malade revient peu à peu à son état antérieur avec aggravation des symptômes de la paralysie générale, tantôt des accidents inflammatoires se déclarent du côté des centres nerveux. Les attaques éclamptiques, en effet, sont quelquefois symptomatiques d'hémorrhagies méningées ou de foyers d'encéphalite aiguë.

Les attaques apoplectiformes et épileptiformes sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. On observe plutôt chez ces dernières des congestions lentes qui ne se traduisent au dehors que par un état d'hébétude ou de semi-coma.

Attaques diverses. — A. Voisin a observé parfois dans le cours de la paralysie générale, des attaques hystéri-

(1) Broquère, *Des attaques apoplectiformes et épileptiformes dans la paralysie générale;* thèse de Paris, 1882.

formes qui ressemblent à celles de l'hystéro-épilepsie. Rares chez la femme, elles ne se montrent jamais chez l'homme.

Divers auteurs ont observé des attaques *tétaniformes* qui sont caractérisées par une exagération du pouvoir réflexe de la moelle et par la roideur des membres et du tronc, du trimus, de l'opistothonos, et qui paraissent être en rapport avec une lésion des parties antérieures de la moelle.

Enfin Magnan a signalé des attaques *spinales* caractérisées par des engourdissements et des fourmillements des membres, des paralysies passagères, des crampes et des convulsions. Ces dernières diffèrent des attaques cérébrales en ce qu'elles n'apportent aucune modification à l'état intellectuel.

La majorité des auteurs attribue depuis les travaux de Calmeil à l'hypérémie cérébrale et à des poussées congestives passagères les diverses complications que nous venons de décrire. On a même invoqué l'existence de congestions partielles pour expliquer l'embarras de la parole, les spasmes fibrillaires des lèvres et des joues, l'ataxie et la dissociation des mouvements des membres, le grincement des dents, le rétrécissement ou la dilatation des pupilles, les convulsions limitées à un seul muscle ou à un petit nombre d'entre eux, les attaques épileptiformes, les paralysies plus ou moins complètes (1).

Selon le professeur Charcot, cependant, les diverses attaques en question seraient étrangères à l'hypérémie (2).

§ 3. — Formes

Les auteurs ont décrit un grand nombre de formes spéciales de la paralysie générale. Nous devons signaler les principales.

Paralysie générale aiguë. — Quelquefois la maladie évolue avec une rapidité terrible. Dès le début, au délire et aux signes somatiques habituels se joint une fièvre intense ; la bouche s'encroûte de fuliginosités, le malade

(1) A. Foville, *Annales*, 1877.
(2) Jaccoud, *loc. cit.*

rejette les boissons et les aliments : il survient des congestions répétées, des attaques épileptiformes, des soubresauts des tendons. C'est en quelque sorte une combinaison du délire aigu et de la paralysie générale, et au milieu d'une agitation maniaque extrême, le malade ne tarde pas à entrer dans la période des escharres, de la diarrhée et du marasme. En trois semaines ou un mois, la maladie peut opérer son évolution complète et arriver à la terminaison fatale (1).

Quelquefois on voit ce formidable appareil symptomatique tomber rapidement et la maladie subir un temps d'arrêt et passer à l'état chronique. Mais alors on a remarqué que dans ce cas, les rémissions sont rares, les complications fréquentes et que la durée totale de la maladie est notablement abrégée.

Paralysie générale de forme commune. — Cette forme, qui est la plus fréquente, présente deux variétés : la variété expansive et la variété dépressive ou mélancolique. Nous avons suffisamment décrit la première à propos des symptômes généraux de la maladie ; elle est caractérisée par de l'excitation, un besoin exubérant de mouvements, du désordre des actes, le délire ambitieux avec ses trois modalités, grandeurs, puissance, richesses, les attaques apoplectiformes et épileptiformes. Elle est plus commune chez l'homme que chez la femme.

La seconde variété, au contraire, est plus commune chez la femme que chez l'homme. Elle débute par du délire mélancolique, et ce délire persiste pendant toute la durée de la maladie d'une façon prédominante, à peine entrecoupé parfois de courtes poussées de délire ambitieux. Les conceptions délirantes sont tantôt des idées de ruine, de persécution ; tantôt des idées hypocondriaques. Elles s'accompagnent de lésions graves de la nutrition. Les malades maigrissent, deviennent rapidement cachectiques, et manifestent un profond dégoût pour la nourriture, principalement pour la viande. « Il faut encore noter, selon J. Falret (2), l'augmentation générale de la température du

(1) Linas, Thèse de Paris, 1857.
(2) Falret, *Congrès de Paris ;* 1878, et *Maladies mentales ;* Paris, 1889.

corps qui est souvent élevée d'un degré au-dessus de l'état normal, avec un ralentissement très remarquable du pouls, comme dans la méningite des adultes et des enfants, et une température plus élevée au sommet de la tête que dans les autres parties du corps. Un fait important à noter, c'est l'augmentation très grande de la quantité des urines, une véritable polyurie sans sucre, mais souvent avec excès d'urée, azoturie. » Cette variété de paralysie générale peut présenter des rémissions et même des améliorations plus ou moins marquées.

Démence paralytique. — Cette forme est surtout caractérisée au point de vue psychique par la *démence*, c'est-à-dire l'affaiblissemnt progressif des facultés sans complication délirante bien saillante. Les symptômes somatiques sont moins accentués que dans les autres formes. Bien qu'il n'y ait pas de délire proprement dit, les malades présentent une satisfaction béate et optimiste et une sensiblerie exagérée, qui ne sont que l'ébauche légère des délires expansif et mélancolique.

Cette forme a une évolution lente, mais continue ; elle n'offre pas de rémissions; les complications y sont moins fréquentes que dans les autres formes, et sa durée peut être plus longue. Elle est plus commune chez les femmes que chez les hommes.

Paralysie générale à forme spinale. — On constate chez certains paralytiques la coïncidence de symptômes appartenant à la paralysie générale, à l'ataxie locomotrice et à la sclérose diffuse ou en plaques de la moelle épinière. Selon Magnan (1), trois cas peuvent se présenter : les lésions se développent de bas en haut, se propagent de la moelle au cerveau ; elles se développent de haut en bas, du cerveau vers la moelle ; elles envahissent simultanément tout l'axe cérébro-spinal.

1° Chez certains paralytiques, plusieurs années avant le développement de la maladie, on constate des symptômes tabétiques : douleurs fulgurantes, marche chancelante, incoordination des mouvements, troubles de la sensibi-

(1) Magnan, *Gazette des hôpitaux*, 1871.

lité. Ce n'est que plus tard que surviennent l'affaiblissement intellectuel, les idées ambitieuses, hypocondriaques ou mélancoliques;

2° Dans la première période de la maladie, il survient des symptômes qui se rapprochent de l'ataxie, tantôt de la faiblesse des jambes avec troubles de la sensibilité, tantôt une simple diminution de mouvements. Ces troubles coïncident en général avec l'arrêt ou l'atténuation des symptômes cérébraux;

3° Tantôt la maladie débute par des phénomènes ataxiques pour se compliquer bientôt de démence et de délire ; tantôt les deux ordres de symptômes coïncident sans prédominance marquée des uns ou des autres.

La paralysie générale à forme spinale la plus commune est celle qui se combine avec l'ataxie locomotrice.

Dans certains cas, la sclérose cérébro-spinale a pour point de départ des altérations nerveuses périphériques ; on a alors affaire à la paralysie générale par propagation (1).

§ 6. — Marche. Durée. Terminaison

Ainsi qu'il était permis de s'y attendre par ce qui précède, la paralysie générale est loin d'avoir une marche constamment égale. La plus grande irrégularité s'observe, au contraire, dans l'apparition, la durée et l'intensité des divers symptômes somatiques et psychiques. On peut observer à toutes les périodes de la maladie des rémittences momentanées et surtout de véritables rémissions.

Rémissions. — On désigne sous ce nom des intervalles pendant lesquels les symptômes de la paralysie générale s'atténuent et tendent à disparaître plus ou moins complètement. Les rémissions sont *passagères* ou *durables*.

Il est ordinaire, quand la paralysie générale a débuté sous la forme maniaque, de voir à un moment donné l'agitation se calmer, et les symptômes somatiques et psychiques s'atténuer plus ou moins pendant un temps très court, pour reprendre ensuite de plus belle leur évo-

(1) A. Foville. *Annales*, 1883.

lution progressive. Ces rémissions peuvent se répéter un grand nombre de fois. Tantôt on voit disparaître les signes paralysiformes et la démence persiste ; tantôt ce sont ces derniers symptômes qui persistent alors que l'intelligence semble recouvrer sa vigueur ; tantôt enfin, les deux ordres de symptômes, tout en persistant légèrement, se sont amendés d'une façon parallèle (1).

Les rémissions durables sont beaucoup plus rares; leur durée peut être de plusieurs mois et même de plusieurs années. Elles sont souvent incomplètes et donnent à la paralysie générale une physionomie qui l'a fait rapprocher des folies intermittentes. Fabre a décrit une paralysie générale *circulaire* (2).

Certains paralytiques, après avoir présenté pendant de longs mois les symptômes ordinaires de la paralysie générale à forme maniaque, avec agitation violente, délire ambitieux, désordre des actes, troubles de la parole, peuvent revenir à un tel état d'amélioration, qu'ils présentent toutes les apparences de la guérison et peuven reprendre leur place dans la famille et dans la société. Baillarger (3), qui désigne ces faits sous le nom de *manie congestive*, les considère comme des guérisons de cette maladie. La plupart des cliniciens ne voient dans les cas de ce genre que la première période d'une paralysie générale destinée à se développer plus tard avec la symptomatologie habituelle.

Dans le plus grand nombre des cas, malgré les apparences de guérison, les rémissions sont incomplètes (4). On voit des malades atteints depuis longtemps de paralysie générale, en proie au délire des grandeurs le plus absurde et à des troubles ataxo-paralytiques très accentués qui reviennent comme par miracle à un état qui, à un examen superficiel, simule l'état normal. Ces paralytiques ont conscience d'avoir été aliénés ; ils se rappellent les particularités de leur délire et en compren-

(1) Sauze, *Annales*, 1858.
(2) Fabre, *Annales*, 1874.
(3) Baillarger, *in* Griesinger. *Traité des maladies mentales*, annoté par Baillarger, 1860.
(4) Baillarger, *Des rémissions dans la démence paralytique*. (*Annales*, 1876.

nent l'absurdité ; ils semblent, en un mot, avoir repris pleine possession d'eux-mêmes. Mais en les étudiant attentivement, on retrouve presque toujours chez eux quelque trace des symptômes somatiques; un peu d'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, ou quelque léger trouble locomoteur. Il est facile, en outre, de constater que l'intelligence n'a pas repris sa vigueur intégrale, et qu'il reste quelques signes de démence : « Les sujets d'un naturel violent, emporté, dit Marcé, sont devenus souples, bienveillants, faciles à conduire. Ils ont perdu leur énergie, ils travaillent avec moins de facilité et s'occupent de niaiseries, de futilités, d'enfantillages qui absorbent toute leur attention ; leurs idées roulent dans un cercle restreint : imprévoyants, versatiles à propos des sujets les plus sérieux, ils montrent sur des points de détail une observation puérile qui contraste avec leur mobilité habituelle; quelques-uns deviennent tout à coup dévots sans qu'on puisse trouver une cause sérieuse à cette conversion inattendue. Tout en ayant des aversions déraisonnables pour certaines personnes, ils cèdent avec la plus grande facilité aux suggestions de tous ceux qui les entourent, sont incapables d'opposer la moindre résistance morale, et cependant ils vivent dans le monde, s'y tiennent convenablement, répondent sensément aux questions qu'on leur adresse et au premier coup d'œil semblent raisonnables. Pour le médecin, une pareille situation est pleine de gravité et n'est pas autre chose qu'un léger degré de la démence » (1).

Au point de vue médico-légal, la connaissance de ces circonstances est de la plus haute importance, car les individus qui sont dans une pareille situation mentale doivent être considérés comme incapables d'administrer leurs intérêts et ceux de leur famille.

Des rémissions complètes et prolongées ont été signalées par presque tous les auteurs, dans le cours de la paralysie générale. Les suppurations prolongées, thérapeutiques ou accidentelles, semblent favoriser l'apparition de ces guérisons momentanées qui surviennent aussi spontanément. Baillarger en a vu durer deux ans et plus; Legrand

(1) Marcé, *loc cit.*

du Saulle a vu la rechute se produire : quatre fois au bout des dix à onze mois, une fois au bout de dix-huit mois, une autre au bout de trois ans. Doutrebente avance qu'on peut constater des intermissions dont la durée peut varier de quelques mois à vingt-cinq ans (1). Lasègue cite, d'après Ferrus, le cas d'un paralytique qui était dans un état cachectique des plus fâcheux et qui pourtant eut une rémittence complète : sa guérison se maintint pendant vingt-cinq ans.

D'autres auteurs ont signalé des cas de guérison véritable, définitive (A. Voisin). Cette dernière opinion, dans l'état actuel de la science, ne doit être acceptée qu'avec réserve. Si l'on peut admettre, en effet, que les lésions de la paralysie générale s'arrêtent dans leur marche envahissante comme on le voit dans l'ataxie locomotrice, il est plus difficile de croire qu'elles régressent jusqu'à disparition complète, avec retour du cerveau à sa texture normale. En somme, sans vouloir nier la guérison même incomplète de la paralysie générale, il faut reconnaître qu'elle est au moins infiniment rare, et que quand la maladie est constituée avec tous ses symptômes, que le diagnostic est établi d'une façon indiscutable, la mort est la terminaison constante, inévitable de la paralysie générale.

Les antécédents héréditaires vésaniques semblent influer sur la marche de la paralysie générale. La maladie affecterait dans ce cas des allures essentiellement chroniques, rémittentes, et pourrait durer dix, quinze et vingt-cinq ans (Morel, Falret, Doutrebente) (2). Cependant on a opposé à cette opinion, qui en général paraît justifiée, un nombre assez important de faits contraires (3).

Durée. — La durée de chacune des périodes de la paralysie générale est très variable. Tantôt à une période d'état très longue succède une période de terminaison rapidement mortelle ; tantôt au contraire les premiers

(1) Doutrebente, *Des différentes espèces de rémissions dans le cours de la paralysie générale.* (*Annales*, 1878.)

(2) Doutrebente, Thèse, 1870.

(3) Marandon de Montyel, *Marche de la paralysie générale chez les héréditaires ;* Paris, 1878.

stades de la maladie sont rapidement parcourus, et elle s'éternise dans la période des complications ultimes et du marasme. A. Voisin a cru pouvoir déduire de l'observation des faits une sorte de loi qui régirait la marche et la durée de la maladie : si la première période est de longue durée, la deuxième et la troisième seraient longues aussi; le malade pourrait vivre cinq ou six ans, traverser sans succomber les complications les plus menaçantes, hémorragies méningées, attaques épileptiformes. Au contraire, dans le cas où la première période serait courte, la maladie serait exposée à subir une évolution rapide ou à être brusquement interrompue par quelque complication.

Dans les premiers temps où l'on étudiait la paralysie générale on avait cru pouvoir en fixer la durée à dix mois (Bayle), à onze mois (Calmeil), à un an (Parchappe).

Plus tard, on en est arrivé à admettre qu'elle peut se prolonger trois ans, en moyenne. Chez les femmes, la maladie suit en général une marche moins aiguë, et peut se prolonger beaucoup plus longtemps. Les observations recueillies depuis une trentaine d'années ont encore fait reculer la limite généralement acceptée et on a cherché à démontrer à l'aide des faits que la paralysie générale pouvait durer dix, quinze et vingt ans, ainsi que nous l'avons vu précédemment à propos des rémissions. Ces faits sont donc exacts; ils résultent de ce qu'on fait un diagnostic plus précoce de la maladie et de ce que la période de début est souvent beaucoup plus longue qu'on ne le croyait d'abord.

Enfin, disons avec Marcé que les soins dont les malades sont entourés ont une action considérable sur la durée de la paralysie générale et qu'une bonne hygiène et un traitement rationnel peuvent en enrayer la marche dans des limites plus étendues qu'on pourrait supposer.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la guérison est rare dans la paralysie générale. La mort en est la terminaison ordinaire. Elle résulte, soit du fait des complications déjà signalées, soit de quelque affection incidente telle que l'asphyxie par le bol alimentaire, la diarrhée chronique, la cystite purulente causée par la rétention d'urine et le cathétérisme répété, la septicémie consécutive aux escharres, la pneumonie. Les deux tiers des malades

succombent à des accidents cérébraux, l'autre tiers aux maladies accidentelles.

§ 7. — Anatomie pathologique

Lésions macroscopiques. — Les lésions de la paralysie générale visibles à l'œil nu varient suivant la période de la maladie où l'examen a lieu, et aussi suivant les sujets. La détermination du processus anatomique peut être beaucoup plus accentuée en certaines parties que dans d'autres, et telle ou telle lésion peut prédominer, suivant les cas. Lorsque la paralysie générale est récente, ces lésions peuvent manquer complètement sans que ce fait puisse être invoqué contre l'existence de la maladie, dont la caractéristique anatomo-pathologique n'est alors appréciable qu'au microscope.

Dans les cas où la mort est survenue à une époque peu avancée de la paralysie générale, ce sont les signes d'inflammation et de congestion qui dominent. Lorsqu'elle a accompli toutes ses périodes et s'est terminée par le marasme, ce sont les phénomènes d'atrophie cérébrale et d'hydrocéphalie. Nous allons passer en revue les principales lésions de chaque partie de l'encéphale, de la moelle et de ses enveloppes.

Les altérations du *crâne* n'ont rien de caractéristique; elles consistent, tantôt dans l'hypérémie de la substance spongieuse, tantôt dans l'hypertrophie ou l'atrophie des os.

La *dure-mère* porte le plus souvent des traces d'inflammation chronique. Elle est épaissie, hypérémiée, a contracté des adhérences avec le crâne, s'est incrustée de productions ostéoïdes situées le long de la grande cloison interhémisphérique. Sa face interne est le siège de fausses membranes, tantôt épaisses, tantôt très ténues, très vasculaires, et qui sont quelquefois le siège d'hémorragies enkystées (pachy-méningite hémorragique), ou l'origine d'épanchements sanguins à la surface du cerveau (hématome).

L'*arachnoïde* est trouble, lactescente, épaissie, quelquefois tapissée de produits fibrineux, mais par îlots disséminés, de sorte qu'à côté de plaques d'opacité ou d'épais-

sissement, on trouve des points presque aussi transparents qu'à l'état normal. On la trouve encore tantôt congestionnée, tantôt infiltrée de sérosité.

Dans sa portion spinale, cette membrane est parfois le siège de corps étoilés, petits corps de néoformation hérissés d'aspérités, ayant de 1 à 5 millimètres de diamètre, et composés de tissu cellulaire et de carbonate de chaux. Leur siège de prédilection est, dans la région lombaire, le feuillet viscéral de l'arachnoïde postérieure (A. Voisin).

La *pie-mère* est la plus atteinte des enveloppes cérébrales. Elle présente des lésions analogues à celles de l'arachnoïde et quand il y a de l'atrophie du cerveau, ces deux membranes dont les mailles sont gorgées de liquide, forment sur l'organe une sorte de calotte gélatiniforme d'une épaisseur considérable. Elle est ordinairement épaissie, congestionnée, sillonnée de varicosités veineuses, d'une consistance fibreuse. Ces lésions sont surtout marquées sur les lobes antérieurs, sur les régions pariétales et sur les lobes temporaux.

Mais la pie-mère présente en propre une lésion remarquable, qu'on a longtemps considérée comme pathognomonique : ce sont les adhérences intimes qu'elle a contractées avec la substance grise des circonvolutions. L'étendue et le nombre de ces adhérences est très variable : en général, elles sont très prononcées au niveau des lobes frontaux, des circonvolutions frontales, et sont plus rares dans les régions postérieures des hémisphères et souvent nulles à la base. L'adhérence n'a lieu que sur la crête des circonvolutions ; le fond des sillons est épargné. Voici en quoi consistent ces adhérences : quand on veut arracher avec la pince la pie-mère, la substance grise sous-jacente y demeure appliquée par îlots plus ou moins larges qui en se détachant creusent dans l'écorce autant de petites ulcérations à bords nets, à fond grisâtre et déchiqueté.

Avant d'en arriver à ce point, les adhérences seraient, d'après Calmeil, précédées d'un état spécial dont il donne la description suivante : « Dans le cas où le travail inflammatoire a pu se concentrer d'une manière plus particulière, la pie-mère happe, pour ainsi dire, par sa face interne, à la substance nerveuse corticale, et lorsqu'après

plusieurs efforts du doigt, on parvient à l'enlever, on aperçoit d'une manière à peu près constante, sur les endroits où elle happait davantage, des espèces de houppes vasculaires saignantes, formées par la réunion des capillaires congestionnés et rompus : au fond des principales anfractuosités, les capillaires se dessinent partout sous la forme de filaments tortueux (1). »

Les adhérences seraient dues, d'après certains auteurs (Mendel, Luys), à des tractus celluleux échangés entre les deux surfaces enflammées en contact, et à l'altération des vaisseaux que la pie-mère envoie à l'écorce cérébrale.

A. Voisin pense que si les adhérences existent seulement au sommet des circonvolutions, c'est parce que l'arachnoïde s'y trouve en contact avec la pie-mère, et qu'il se fait entre les deux membranes un travail adhésif qui gagne la substance corticale.

Malgré les nombreux travaux dont elles ont été l'objet, tout n'a pas encore été dit sur les adhérences méningo-corticales. D'après des recherches encore inédites dont Camuset a bien voulu nous communiquer le résultat, ces adhérences constitueraient un phénomène *cadavérique*. Si on ouvre le crâne des paralytiques peu de temps après la mort, elles n'existent pas encore ; elles n'apparaissent qu'au bout d'un certain nombre d'heures. Qu'on enlève, par exemple, un des hémisphères une heure après la mort, et on n'y constatera aucune adhérence ; qu'on enlève l'autre hémisphère le lendemain, et on y trouvera les adhérences décrites par les auteurs (2).

Le *cerveau* dans les premières périodes peut n'avoir subi aucune altération de volume ; mais l'aspect de la substance grise varie suivant le degré de congestion ou de désorganisation ; c'est ainsi qu'elle passe du rose au violet, puis au jaune. Dans les périodes ultimes, l'organe est atrophié dans sa totalité ; son poids a considérablement diminué, les circonvolutions sont amincies, ramollies, séparées par de profonds sillons gorgés de sérosité. Elles sont en certains points comme effondrées (Luys).

(1) Calmeil, *Traité des mal. inflam. du cerveau.*
(2) Camuset. Communication écrite du 1er août 1888.

Elles sont décolorées, comme flétries, passent au gris simple, ou au gris ardoisé. Cette dernière coloration, d'après Baillarger, serait due à la présence d'escharres déterminant l'infection purulente. Au-dessous de cette substance grise altérée, la substance blanche est ferme, résistante; forme des crêtes qu'il est facile de dépouiller de la substance grise qui les recouvre. A la coupe, elle prend l'aspect ridé et racorni du vieux cuir.

Lockhart Clarke a trouvé dans un cas la substance blanche criblée de nombreuses cavités rondes, ovales, fusiformes, lui donnant l'aspect d'un fromage de gruyère.

On trouve parfois (Baume, Follet), une inégalité de poids importante entre les deux hémisphères : les malades avaient alors présenté pendant la vie de l'hémiplégie incomplète.

Les *ventricules* sont dilatés et gorgés de sérosité; l'épendyme est épaissi et couvert en certains points de granulations lui donnant un aspect chagriné rappelant la langue de chat. Ces granulations se groupent dans les ventricules latéraux, le long de la lame cornée et de la bandelette semi-circulaire, et dans la moitié postérieure du quatrième ventricule où elles entourent en général le bec du calamus.

Lésions microscopiques. — Elles portent à la fois sur les vaisseaux, sur le tissu interstitiel ou névroglie et sur la substance nerveuse proprement dite.

L'altération des vaisseaux est la première à se manifester et la plus constante. Elle consiste d'abord dans l'augmentation considérable des noyaux sur les parois des capillaires, qui s'épaisisssent et dont le calibre se rétrécit peu à peu. Bien que diffuse, la prolifération nucléaire est plus accentuée en certains points où elle forme des bosselures plus ou moins développées. Puis viennent les extravasations sanguines, composées surtout de globules blancs, sous l'adventice, qui est elle-même chargée de noyaux de nouvelle formation, de dépôts de pigment, et présente parfois des anévrysmes miliaires.

Dans les cas de lésions plus avancées, on rencontre divers états de dégénérescence vasculaire ; la dégénérescence colloïde, caractérisée par la transformation du

vaisseau en une masse nacrée, hyaline (1) ; la dégénérescence vitreuse ou cireuse (2); la dégénérescence graisseuse. La dégénérescence colloïde (Magnan, Schule) (3) semble coïncider avec le délire hypocondriaque ; A. Voisin a fait la même remarque.

Enfin, divers auteurs ont constaté la présence de vaisseaux de nouvelle formation dans la substance corticale (Lubimoff, A. Voisin, Mierzejewski) (4). On voit, d'après ces auteurs, les capillaires présenter de petits appendices filiformes qui semblent se terminer dans les cellules du tissu interstitiel.

L'altération du *tissu interstitiel* commence, d'après les travaux les plus récents (Meynert), par la couche la plus profonde de la substance grise et se propage de bas en haut. Elle consiste en un développement plus ou moins considérable des cellules du tissu conjonctif connues sous le nom de *cellules araignées* de Lubimoff, douées de prolongements grêles en rapport avec la paroi des vaisseaux, et étouffant les éléments nerveux dans un réseau très touffu et très serré. L'origine de ces corpuscules cellulaires n'est pas encore très bien établie. En même temps il se produit une prolifération intense des noyaux de la névroglie, prolifération plus intense encore que celle des éléments précédents. Magnan résume ainsi ce vaste travail d'inflammation et d'hyperplasie dont les centres nerveux sont le siège : « Les parties blanches, la couche corticale, tout l'encéphale en un mot, devient le siège d'un travail morbide lent, d'une sorte d'irritation formative, qui se traduit par une prolifération nucléaire abondante dans le tissu interstitiel et sur les parois des capillaires (5). »

Les granulations épendymaires ne sont qu'un résultat de cette irritation formative générale. L'épendyme enflammé s'épaissit, prolifère, et envoie des bourgeons de tissu conjonctif du côté de l'épithélium qu'il soulève et fait

(1) Magnan. *Archives de physiologie*, 1869.
(2) Lubimoff, *Archiv für Psychiatrie*, 1874.
(3) Lubimoff, *Archives de Physiologie*, 1875; Schuele, *Allg. Zeitschrift für Psych.*, 1868.
(4) A. Voisin. *Traité de la Paralysie générale.*
(5) Magnan. *Archives de physiologie*. 1868.

éclater, et aussi vers les parties profondes où de nombreux prolongements s'enfoncent et se disséminent à travers la névroglie. Ces bourgeons ou touffes de tissu conjonctif, de grosseur variable, sont de véritables fibrômes papilliformes, selon la description de Magnan et Mierzejewski.

Pour les auteurs qui n'admettent pas l'existence du tissu conjonctif dans le cerveau et qui considèrent la névroglie comme un élément anatomique de nature nerveuse, « la lésion initiale et fondamentale consiste dans l'imbibition par du blastème, de toute l'épaisseur de la substance corticale; cette imbibition se traduit par un œdème visible à l'œil nu, et au microscope par une sorte de nuage qui voile les éléments nerveux et le réticulum. Cette matière blastématique arrive à comprimer, puis à atrophier les éléments actifs du cerveau. » La prolifération nucléaire qu'on observe ensuite, n'est que la conséquence de ces épanchements blastématiques (A. Voisin).

Les *éléments nerveux* peuvent être relativement épargnés, et les altérations qu'ils présentent sont surtout secondaires. Les cellules sont à la longue le siège d'une inflammation parenchymateuse débutant par le gonflement œdémateux et finissant par la désintégration granulo-graisseuse. Le tissu blanc résiste plus longtemps, mais finit à son tour par succomber : on constate l'épaississement et l'hypertrophie des cylindres-axes, la fragmentation des gaines de myéline et leur désintégration granulo-graisseuse.

La couche optique et surtout les corps striés résistent longtemps au processus inflammatoire et scléreux. Il n'est pas rare de les trouver indemnes de toute lésion. Dans des cas exceptionnels, on rencontre dans le corps strié de petits foyers d'hémorragie et de ramollissement qui peuvent être en rapport avec une hémiparésie persistante présentée par le malade.

La *moelle* participe toujours, plus ou moins, aux lésions anatomiques : tantôt on constate une simple désintégration granuleuse disséminée dans tout l'axe spinal; tantôt il s'agit de sclérose, de dégénérescence grise atteignant soit les cordons postérieurs, soit les cordons latéraux, mais qui, le plus souvent, n'est pas systématique (1).

(1) Westphal, *Archiv f. Psychiatrie*, 1868.

Le *grand sympathique*, d'après Bonnet et Poincarré (1) serait le siège de lésions importantes dans la paralysie générale. D'après ces auteurs, les cellules des ganglions de ce nerf subiraient d'abord une altération pigmentaire, puis disparaîtraient à la longue, remplacées en partie par du tissu cellulo-adipeux. Ces lésions n'ont pas été confirmées par d'autres observateurs.

Les *nerfs* sont parfois le siège d'altérations diverses. On a constaté la sclérose des nerfs olfactifs et optiques, des moteurs oculaires communs, des sixième et huitième paires; l'atrophie du sciatique, la dégénérescence des nerfs cutanés au niveau des éruptions pemphigoïdes qui surviennent dans la période cachectique (Déjerine).

Le *cervelet* est ordinairement indemne. On y a cependant constaté de nombreuses lésions : ramollissement et diffluence générale (Luys); induration scléreuse (Meschede, Lubimoff); atrophie des cellules de Purkinje, résultant du processus scléreux. Ces lésions, d'ailleurs, sont purement accessoires.

§ 8. — Diagnostic et Pronostic

Le diagnostic de la paralysie générale présente de grandes difficultés, principalement au début. Si, alors qu'on considérait la paralysie générale comme une complication de la folie, on pouvait se contenter de faire un diagnostic tardif, il n'en est plus de même aujourd'hui que la maladie est mieux connue et que l'on sait qu'on ne peut espérer quelque résultat d'une intervention thérapeutique, qu'en agissant dès l'apparition des premiers symptômes.

Les accidents prodromiques ont une grande valeur, mais passent souvent inaperçus ou méconnus : tels sont les modifications du caractère et de l'humeur, les défaillances de la mémoire, les attaques apoplectiformes légères qu'on prend pour des syncopes, les désordres organiques prémonitoires, qu'on traite souvent sans en soupçonner la signification.

(1) Bonnet et Poincarré, *Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale*; Paris, 1875.

A la période suivante, alors que la maladie est constituée, l'ensemble des symptômes forme un faisceau des plus significatifs. L'erreur n'est possible que dans les cas ou un délire de forme maniaque masque les symptômes essentiels, et si les renseignements commémoratifs font complètement défaut. Ces derniers sont en effet de la plus haute importance : Chez les paralytiques, ils apprennent que les phénomènes de démence ont précédé l'invasion de l'excitation et du délire expansif ; chez les maniaques, ils apprennent que le malade est un vésanique, qu'il est sujet aux explosions délirantes, où qu'il a une hérédité très chargée, qu'il a fait des excès alcooliques, etc. En l'absence de ces anamnestiques, il faut garder l'expectative. Il existe cependant quelques différences dans les manifestations délirantes des deux maladies: le délire ambitieux du paralytique est plus absurde, plus extravagant et surtout plus mobile; le malade semble n'y attacher aucune importance; le maniaque, au contraire, conserve les mêmes conceptions délirantes qui ne sont pas fortuites, mais nées le plus souvent des sentiments qu'il a éprouvés et des émotions qu'il a subies antérieurement à sa maladie.

Le *délire alcoolique* peut être confondu avec la paralysie générale ; il s'accompagne, en effet, de troubles de la motilité, de tremblements musculaires et d'embarras de la parole; mais les hallucinations de la vue qui lui sont propres établissent une différence très nette et, d'ailleurs, au bout de quelques jours, les désordres moteurs des alcooliques s'atténuent et disparaissent.

La période d'excitation de la *folie à double forme* peut être prise pour le début d'une paralysie générale. La confusion est d'autant plus possible que cette affection peut se compliquer de phénomènes congestifs. On peut tirer quelques signes différentiels du caractère particulier qu'offrent les deux espèces de malades : le circulaire est malveillant, méchant, vindicatif, tandis que le paralytique est en général d'humeur débonnaire et accommodante : toutefois ces différences n'ont rien de constant ni d'absolu.

La *phase mégalomaniaque* du délire systématisé progressif ne peut être confondue avec le délire ambitieux

de la paralysie générale. La marche des deux maladies est toute différente; l'une a des symptômes somatiques et l'autre n'en a pas. Le délire de la première est fixe, coordonné, systématisé et progressif ; celui de la seconde est absurde, mobile, contradictoire, et naît de toutes pièces, sans préparation psychologique.

La *mélancolie simple* s'accompagne quelquefois de phénomènes de nature émotive : tremblement de la parole, contractions fibrillaires de certains muscles de la face ; mais le délire mélancolique ou hypocondriaque de la paralysie générale est incohérent et absurde, les conceptions n'en sont ni logiques, ni persistantes, et parfois au milieu des idées mélancoliques se glissent quelques idées de nature ambitieuse et les mots de millions et de milliards succèdent aux craintes, aux plaintes et aux gémissements.

La *mélancolie avec stupeur* et la stupeur paralytique peuvent facilement être confondues. Les éléments du diagnostic différentiel doivent être tirés de l'étude des antécédents ; mais les renseignements peuvent manquer : dans ce cas, le diagnostic peut demeurer incertain pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Un beau jour le stupide paralytique laissera échapper quelque idée délirante de nature ambitieuse, parlera de millions, se dira roi ou empereur ; ou bien encore il manifestera quelques conceptions hypocondriaques de forme grave ; en même temps on notera de l'inégalité pupillaire et quelquefois l'apparition d'un embarras de la parole déjà considérable. Baillarger signale chez les stupides paralytiques, l'existence d'un signe capable de mettre sur la voie : c'est la congestion habituelle de la face. Quand il existe, il a une grande valeur, mais il est loin d'être constant.

Pour avoir une valeur diagnostique certaine, le délire hypocondriaque spécial signalé par Baillarger devra être accompagné de symptômes somatiques, car il n'a rien de pathognomonique.

La *démence simple* se différencie de la démence paralytique par les caractères suivants : elle ne survient jamais d'emblée, étant toujours consécutive à une maladie mentale d'une durée plus ou moins longue ; elle est en rapport avec des idées délirantes qui rappellent l'affection

mentale primitive. Dans la paralysie générale, au contraire, la démence est un phénomène de début et le plus souvent elle est déjà nettement établie avant l'apparition du délire.

La *démence sénile* présente quelques analogies avec la paralysie générale : le diagnostic différentiel sera exposé au chapitre qui traite de la première de ces maladies.

Les *lésions en foyer* du cerveau s'accompagnent de troubles du mouvement et de démence ; mais leur localisation entraîne des phénomènes unilatéraux, par exemple l'hémiplégie, complication étrangère à la paralysie générale. En l'absence d'hémiplégie, quand les lésions n'affectent pas les régions psycho-motrices, il se produit une véritable paralysie générale et rapide des facultés et du mouvement, qu'on n'observe jamais dans la paralysie générale, où dominent les troubles ataxiques.

Certaines encéphalopathies revêtent plus ou moins le masque de la paralysie genérale : ainsi l'alcoolisme, le saturnisme, l'encéphalopathie syphilitique.

Dans l'*encéphalopathie alcoolique*, on constate habituellement des traces de délire toxique ; en outre, la démence n'est pas réelle ; c'est plutôt de l'hébétude, de l'obtusion intellectuelle. Tandis que les symptômes de la paralysie générale suivent une marche progressive, ceux de l'alcoolisme tendent à s'atténuer et à disparaître. Les troubles de la motilité de la première sont de nature ataxique, spasmodique et sont généraux d'emblée; ceux du second sont de nature paralytique et à marche envahissante en commençant par les extrémités. Les troubles de la sensibilité générale ou spéciale sont beaucoup plus fréquents et plus accentués dans l'alcoolisme que dans la paralysie générale, dans laquelle, notamment, les hallucinations sont rares et sans caractères spécifiques.

Dans quelques cas, cependant, la confusion est possible, sinon absolument légitime. « On voit, dit Marcé, des malades ayant présenté du délire ambitieux, de l'embarras de la parole et tous les symptômes de la paralysie générale, rester en démence tout en conservant des idées ambitieuses isolées, mais offrir un arrêt complet dans le développement des troubles de la motilité. La vie peut alors se prolonger indéfinitivement comme dans la manie chro-

nique ou la démence simple. J'ai en ce moment sous les yeux deux malades qui présentent, l'un depuis six ans, l'autre depuis huit ans, cette singulière transformation. Disons tout de suite, pour expliquer toute ma pensée sur ce sujet, que ces deux sujets avaient abusé au plus haut point des liqueurs alcooliques et que, tout en réservant l'avenir, je suis disposé à regarder les faits de cette nature non comme de véritables paralysies générales, mais comme des faits de démence alcoolique associée à des idées ambitieuses et à des troubles passagers de la motilité dus uniquement à l'intoxication spéciale. » Il arrive néanmoins que chez certains alcooliques les troubles cérébro-spinaux aboutissent aux lésions de l'encéphalite interstitielle. On est alors en présence de la paralysie générale alcoolique.

Le *saturnisme* peut conduire à une paralysie générale vraie comme l'alcoolisme, mais le plus souvent les troubles cérébro-spinaux dus à cette intoxication ne constituent qu'une pseudo-paralysie générale : ce sont des céphalalgies, des crampes, des fourmillements, des troubles de la sensibilité, des paralysies, des attaques épileptiformes ; et du côté de l'intelligence des cauchemars, des hallucinations terrifiantes, des idées de persécution. Le saturnin présente les signes de son intoxication, et en particulier le liséré des gencives, et chez lui, la marche des phénomènes encéphalopathiques est inverse de ceux de la paralysie générale, et tel malade qui commence par le gâtisme et la paralysie finit par la guérison.

Dans l'encéphalopathie syphilitique, les lésions étant habituellement isolées et localisées, les symptômes sont eux-mêmes localisés et unilatéraux, alors qu'ils sont diffus et généralisés dans la paralysie générale. La première se différencie encore par les anamnestiques et l'efficacité du traitement spécifique.

Une tumeur intracranienne peut simuler à son début la paralysie générale, si elle provoque l'affaiblissement intellectuel, l'inégalité des pupilles, l'embarras de la parole, et la parésie généralisée ; mais bientôt elle s'en distinguera par de nouveaux symptômes, la céphalée, l'amaurose, les accidents convulsifs et paralytiques, les vomissements, etc. On a vu cependant des tumeurs multiples disséminées

à la surface du cerveau (Cysticerques) et occupant les régions plus spécialement atteintes par le processus anatomique de la paralysie générale, simuler tous les symptômes de cette dernière maladie au point de rendre le diagnostic différentiel impossible.

Nous n'insisterons pas sur le pronostic de la paralysie générale après la description que nous avons donnée de la marche et de la terminaison de cette maladie. Il est d'autant plus grave que la marche est plus aiguë et les accidents congestifs plus intenses et plus fréquents.

§ 9. — Traitement

La paralysie générale confirmée est au-dessus des ressources de l'art. On comprend qu'une fois que les lésions qui ont pour effet d'étouffer et d'atrophier les éléments nerveux se sont développées, il n'est pas possible d'en espérer la disparition pas plus que la réparation des éléments nerveux eux-mêmes.

Cependant, avant d'en arriver à son complet développement, la maladie passe par des périodes plus ou moins longues pendant lesquelles il est indiqué d'intervenir énergiquement, avec l'espoir légitime d'enrayer l'évolution des phénomènes morbides, et sinon d'obtenir une guérison complète, du moins de provoquer des rémissions prolongées et de modifier avantageusement la marche de la maladie.

La première indication à remplir est d'isoler le paralytique, de le soutraire aux excitations permanentes qui ont contribué à faire éclore son affection, à ses occupations, à ses habitudes, à ses préoccupations ou à ses chagrins. Le calme, la solitude, la suppression de tout travail intellectuel, en un mot le repos absolu du cerveau sont des conditions indispensables sans lesquelles tout essai de traitement physique est condamné d'avance.

Le traitement physique est subordonné à des indications nombreuses tirées de l'âge, de l'état général du malade, de la forme que revêt la maladie et de la période où elle en est rendue.

Dans la période de début, chez les sujets robustes, présentant de l'hyperémie encéphalique, on peut avoir recours aux saignées locales, mais ce moyen ne doit être employé

qu'avec une extrême prudence. Les saignées générales sont absolument contre-indiquées en raison du danger qu'il y a à débiliter les malades. Les révulsifs appliqués périodiquement sur la tête ou le long de la colonne vertébrale, vésicatoires, cautères, frictions irritantes, les sétons à la nuque, donnent dans certains cas des résultats satisfaisants.

Si la congestion encéphalique s'accompagne d'agitation, on aura recours aux bains prolongés pendant deux ou trois heures, à une température de 27 à 28 degrés, en ayant soin d'entretenir sur la tête des malades un léger filet d'eau froide pendant toute la durée du bain.

Les dérivatifs sur le tube intestinal rendent les plus grands services ; ils entretiennent la liberté du ventre et contribuent à désemplir les vaisseaux de l'encéphale. A ce titre, les drastiques et en particulier l'aloès méritent d'être plus particulièrement choisis. Lorsque le malade se montre difficile, on peut lui administrer à son insu, le calomel, le jalap, la scammonée, qui n'ont que peu ou point de saveur désagréable.

Ces divers moyens administrés d'une façon judicieuse peuvent modifier heureusement les symptômes de la paralysie générale avec excitation.

Certains auteurs (1) préconisent contre l'agitation des paralytiques l'emploi de l'opium ou des sels de morphine en se basant sur ce fait, que l'opium à hautes doses détermine une anémie du cerveau. L'expérience clinique, en matière de paralysie générale, est absolument opposée à cette manière de voir : les opiacés aggravent les symptômes congestifs, assomment littéralement les malades, et dans quelques cas, déterminent des accidents comateux et apoplectiformes. Je partage l'avis de A. Voisin, qui prétend que des erreurs de diagnostic peuvent être révélées par l'administration intempestive de l'opium : aux seuls effets produits par ce médicament, on peut diagnostiquer une paralysie générale jusqu'alors méconnue.

Les pratiques hydrothérapiques, les douches, les affusions froides, conseillées dans les formes dépressives de la paralysie générale par quelques cliniciens me parais-

(1) Potain, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. HYPERÉMIE.

sent dangereuses et doivent être laissées de côté. Nous les avons vues à plusieurs reprises, dans ces états de stupeur sous lesquels se larve parfois la paralysie générale, hâter l'éclosion des troubles de la motilité et l'explosion des accès d'agitation maniaque. En pareil cas on aura recours à des moyens toniques moins dangereux, au quinquina, au fer, à l'huile de foie de morue, surtout si le diagnostic est tant soit peu douteux.

Parmi les médications anticongestives qui semblent avoir donné des résultats favorables dans la paralysie générale, il faut distinguer le traitement arsenical. Lamare Piquot a vanté l'arsenic dans l'apoplexie cérébrale; Cahen (1) le préconise dans les congestions en général et en particulier dans l'hypérémie des centres nerveux; Lisle (2), Foville, Lagardelle, Lasègue, en ont retiré de bons résultats chez les paralytiques. Sur une série de seize paralytiques agités traités par l'arséniate de soude à dose progressive, nous avons obtenu quatre améliorations persistantes, quatre améliorations passagères et huit insuccès. Bien que n'approchant pas des succès presque merveilleux annoncés par certains auteurs, ces résultats sont presque satisfaisants, si l'on songe combien nous sommes désarmés en face de la paralysie générale. D'après notre expérience, les malades sont assez sensibles au médicament; la dose administrée n'a jamais dépassé un centigramme sans amener de la diarrhée. Le traitement doit donc être dirigé prudemment; il sera prolongé pendant plusieurs mois, si l'on veut en obtenir des effets favorables.

L'ergot de seigle, l'ergotine ont été employés dans le même but que la médication précédente, mais sans donner de résultats utiles.

Thompson dit avoir retiré de bons effets de la fève de calabar. Chrichton Browne, Fothergill ont également vanté cette médication (3).

Le nitrate d'argent, entre les mains de Bouchut, semble avoir donné des effets utiles (4).

(1) Cahen, *Arch. gén. de médecine*, 1863.
(2) Lisle, *Journal de méd. et de chirurgie pratiq.*, 1872.
(3) Fothergill, *British med. journal*, 1874.
(4) Bouchut, *Bulletin de thérapeutique*. 1865.

Le tartre stibié à doses massives a été employé à titre de contro-stimulant, mais sans grand succès.

La digitale et son alcaloïde ont une certaine action sur l'agitation des paralytiques (A. Voisin), mais l'administration prolongée de cette substance est impossible en raison de l'influence fâcheuse qu'elle a sur la nutrition générale.

Les bromures de potassium, de sodium, d'ammonium, n'exercent aucune action curative sur la paralysie générale, mais on les emploie avantageusement pour combattre l'agitation, prévenir les attaques épileptiformes, et modérer l'excitation génitale de certains malades. On devra craindre de provoquer l'intoxication bromique, qui donne parfois lieu à des phénomènes analogues à ceux de la paralysie générale elle-même.

L'iodure de potassium, par son action résolutive, semble indiqué dans cette maladie, dont la lésion consiste principalement en une prolifération des éléments conjonctifs. Nous ne connaissons pas cependant de statistique en faveur de ce médicament. Associé au bromure de potassium, il a donné quelques bons résultats à Lunier, qui administrait concurremment les préparations ferrugineuses (1). La dose du médicament ne doit pas être considérable et cependant doit être supérieure à celle du bromure. Ils agiraient en régularisant la circulation cérébrale et en modifiant favorablement la nutrition.

Le régime des paralytiques à la première période exige des soins particuliers : on leur évitera la fatigue, l'action des grandes chaleurs et surtout de la radiation solaire; leur alimentation sera légère et modérée. Plus la maladie fait des progrès et plus les malades manifestent en général une grande voracité et absorbent des quantités considérables d'aliments, si on ne prend soin de les maintenir dans des limites convenables. Ils ont aussi une grande tendance à abuser des excitants et des boissons alcooliques, alors que le vin coupé d'eau et les boissons délayantes sont les seules qui conviennent à leur état.

Quand la paralysie générale a atteint les deuxième et troisième périodes, il n'y a plus lieu de songer à un trai-

(1) Lunier, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 4 mai 1852.

tement méthodique et rationnel. Le seul rôle du médecin doit se borner à combattre les symptômes prédominants et surtout les complications. Les attaques congestives et apoplectiformes seront combattues par les moyens antiphlogistiques appropriés, les émissions sanguines locales, les dérivatifs sur le tube intestinal, les révulsifs cutanés. Quelle que soit l'intensité des accidents, il ne faut jamais perdre de vue que derrière eux il y a un état morbide permanent qui est une cause déjà sérieuse d'affaiblissement pour l'économie dont on doit toujours ménager les ressources.

Baillarger, et après lui de nombreux auteurs, ont signalé l'heureuse influence des suppurations prolongées sur la marche de la paralysie générale ; de là à conclure à l'utilité des suppurations artificielles provoquées thérapeutiquement, il n'y a qu'un pas. Convient-il de le franchir ? C'est ce que l'expérience n'a pas encore démontré, et il est permis d'hésiter en raison du caractère pénible d'une pareille médication.

Des précautions hygiéniques spéciales doivent être prises envers les paralytiques arrivés aux dernières phases de leur maladie ; ils devront être l'objet des soins de propreté les plus minutieux pour éviter le développement des escharres ; on surveillera leurs excrétions, afin de leur procurer des selles régulières et parer aux inconvénients des rétentions d'urine passagères auxquels ils sont parfois sujets. Pour éviter les asphyxies par le bol alimentaire, on leur donnera leurs aliments sous forme de purées et de hachis, et, au besoin, on les fera manger, s'ils ne sont plus capables de le faire d'une façon convenable.

CHAPITRE II

DÉMENCE SÉNILE

§ 1er. — Définition

La démence sénile est l'affaiblissement progressif des fonctions psychiques, compliqué ou non de troubles vésaniques, et dû à des lésions diffuses de nature atrophique développées dans les centres nerveux consécutivement à la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux.

Parmi les auteurs qui ont contribué à l'histoire anatomo-pathologique de la démence sénile et des démences organiques, il faut citer Rostan, Bouillaud, Cruveilher, Calmeil, Durand-Fardel, qui ont décrit les diverses lésions organiques du cerveau que l'on rencontre chez les vieillards; mais préoccupés surtout de la lésion anatomique, ces auteurs ont négligé l'étude de l'état mental qui en résulte. Marcé a contribué à combler cette lacune et s'est attaché à décrire les lésions intellectuelles et morales qu'on rencontre chez les vieillards atteints par le cerveau. « Tous ces vieillards en enfance, dit-il, que l'on voit errer dans les cours des asiles, insouciants, incapables de se diriger, quelquefois agités ou mélancoliques, offrent avec les aliénés d'intimes analogies, car ils ont perdu toute conscience de leurs actes et ne sont plus responsables d'eux-mêmes; mais pour peu qu'on envisage leur état au point de vue de la pathologie pure, on voit bientôt qu'il s'agit d'un ensemble symptomatique formé à la fois de troubles de l'intelligence et de troubles de la motilité, bien différent des vésanies pures, mais offrant quelque analogie avec la *paralysie générale*, et auxquels correspondent des lésions organiques nombreuses (1). »

(1) Marcé, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la Démence sénile.* (*Gazette médicale de Paris*, 1863.)

§ 2. — Etiologie

Le nom même de *Démence sénile* indique que cette affection est spéciale à la vieillesse. Elle ne se développe guère spontanément avant la soixantième ou la soixante-cinquième année, mais chez quelques individus où les signes de la sénilité font une apparition précoce, elle peut se manifester vers cinquante ans au plus tôt (1).

Les deux *sexes* y semblent également soumis, et si, d'une part l'alcoolisme peut hâter chez certains hommes l'arrivée de la démence sénile, la stagnation intellectuelle chez beaucoup de femmes peut jouer un rôle analogue et rétablir ainsi la balance.

La *stagnation intellectuelle* est en effet une cause prédisposante probable. L'habitude des exercices intellectuels, du travail cérébral entretient la vitalité et prolonge la jeunesse du cerveau, comme en témoignent de nombreux exemples. On voit, en effet, la plupart des hommes remarquables conserver presque dans l'âge le plus avancé leur vigueur intellectuelle et leurs brillantes aptitudes.

Les *affections morales*, les chagrins prolongés, les soucis, exercent sur les cerveaux peu énergiques, une action déprimante qui en altère la nutrition et en hâte l'insénescence.

Les *mauvaises conditions hygiéniques*, les excès ou la misère, jouent un rôle de même nature.

Certaines *affections aiguës* ont une action nuisible sur la circulation cérébrale, hâtent la dénutrition des centres nerveux, et font apparaître prématurément les signes d'un affaiblissement progressif de l'intelligence.

Mais ce sont surtout les *maladies constitutionnelles* et diathésiques, la goutte, le rhumatisme, qui par les lésions vasculaires et l'altération du liquide sanguin qu'elles déterminent, doivent être incriminées dans la genèse de la démence sénile.

L'*hérédité* ne joue pas ici un rôle aussi prépondérant que dans la folie simple, mais son action n'en est pas moins réelle. La démence sénile est en relation d'hérédité

(1) Krafft-Ebing, *De la Démence sénile*. (*Annales méd.-psych.*, 1876.)

avec les diverses lésions organiques du cerveau, les folies congestives et les folies tardives. Ces dernières précèdent souvent la démence sénile elle-même ; on voit par exemple des individus qui, passé la cinquantaine, sont atteints de manie avec hallucinations et délire mégalomaniaque bientôt suivi de démence, alors que leur père a succombé à un âge beaucoup plus avancé à une paralysie consécutive au ramollissement cérébral.

La démence sénile engendre chez les descendants, ou la démence sénile elle-même, ou des aliénations à début moins tardif mais qui, alors, présentent certains caractères particuliers ; il s'agit de troubles vésaniques qui, après avoir fait craindre l'invasion de la paralysie générale, retrocèdent d'une façon inopinée ; exemple : un homme de cinquante-six ans, dont le père et la mère sont morts en état de démence sénile, est pris subitement et sans cause connue de manie aiguë avec délire absurde des grandeurs et des richesses ; on constate même un peu d'embarras de la parole, et de l'inégalité pupillaire. Bientôt tous ces symptômes disparaissent, et le malade guérit avec un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

§ 3. — Symptomes

On peut distinguer trois périodes dans l'évolution de la démence sénile : une période d'invasion, une période d'état, et une période de terminaison. Nous allons en donner la description.

1° *Première période.*

Prodrômes et invasion. — Les débuts de la démence sénile peuvent être insidieux ; les premiers symptômes de l'affection consistent alors dans l'*abaissement général du niveau intellectuel* : la mémoire devient infidèle, le travail cérébral pénible ; l'attention est moins puissante et se fatigue vite ; les conceptions intellectuelles sont lentes et sans profondeur, l'association des idées moins parfaite.

Le jugement est encore sain, mais les discours deviennent diffus, et les mêmes idées sont incessamment répétées. En vertu de l'automatisme qui préside à l'exécution

de nos actes quotidiens, les malades peuvent encore montrer les apparences d'une activité normale dans l'exercice de leur profession. De même la conservation des bonnes manières et des dehors de l'éducation peut en imposer sur l'état réel de l'intelligence ; mais on remarque que ces personnes qui semblent en pleine possession de leurs facultés intellectuelles, se montrent inaccessibles à toute idée nouvelle, qu'ils ne vivent que d'habitudes routinières et automatiques.

Les *troubles de la sensibilité morale*, des affections et du caractère sont encore un phénomène précoce chez les déments. Leur caractère subit des changements profonds; ils deviennent irritables, ingouvernables, prennent tout du mauvais côté. Leurs sentiments affectifs s'émoussent, et l'égoïsme prend chez eux le dessus. Ils deviennent avares, ont toujours peur de manquer, manifestent la crainte d'être spoliés, ont au plus haut point le sentiment de leur faiblesse. S'ils manifestent quelque sensibilité, ce n'est que d'une façon fugitive, à l'occasion par exemple de quelque souvenir lointain de leur vie passée.

Il en est qui tombent dans la sensiblerie, pleurent comme les autres s'irritent, à tout propos et pour un rien. Ils s'inquiètent de leur santé, conçoivent des idées hypocondriaques, se plaignant de n'être pas soignés; manifestent des fantaisies ridicules; et si on ne les satisfait pas, ont des fureurs d'enfant, crient à l'assassin, et cherchent à faire croire qu'on leur fait subir de mauvais traitements.

Passionnés pour leurs intérêts, ils deviennent d'une âpreté sans cesse grandissante ; mais par suite de l'affaiblissement de leur mémoire, de leur peu d'activité, de leur acharnement à s'attacher à des détails sans importance alors qu'ils négligent les points capitaux, ils en arrivent souvent à compromettre leur fortune. Ils ne veulent cependant pas le reconnaître, reçoivent mal les conseils de leur famille, finissent par croire qu'on veut les dépouiller et en conçoivent vis-à-vis de leurs proches des sentiments haineux qui se transforment parfois en délire de persécution.

Cependant leur énergie morale s'affaiblit, ils deviennent crédules, accessibles à la calomnie, se laissent faci-

lement circonvenir par des étrangers avides qui les comblent de prévenances et de caresses ; parfois même ils se laissent dépouiller, et il reste à quelques-uns assez d'intelligence et de vie pour s'en repentir plus tard.

Au lieu de se manifester de cette façon lente et insidieuse, la démence sénile peut se dissimuler *sous le masque d'un délire vésanique.*

La démence sénile, dit Esquirol (1), débute assez souvent par une excitation générale qui persiste pendant plus ou moins longtemps, et qui se révèle par l'exaltation, tantôt d'une fonction, tantôt d'une autre. Cette fonction s'exerce avec une énergie nouvelle et insolite qui trompe le vieillard et en impose à ceux qui l'entourent. Ainsi, il est des sujets qui, avant de tomber dans la démence, deviennent d'une grande susceptibilité, s'irritent pour la moindre chose ; ils sont très actifs, veulent tout entreprendre et tout faire. D'autres éprouvent des désirs vénériens qui étaient éteints depuis longtemps et qui les poussent à des démarches et à des actions contraires à leurs habitudes de continence. Quelques autres, très sobres, ont un appétit désordonné pour les aliments épicés et de haut goût, pour le vin, pour les liqueurs.

Cette forme de l'excitation maniaque n'est pas sans analogie avec ce qu'on observe dans la période prodromique de la paralysie générale ; elle est l'expression d'un état congestif des centres nerveux. Parfois même cet état congestif peut être assez intense pour déterminer l'explosion d'une véritable manie ambitieuse transitoire à laquelle succède un affaissement profond des facultés, et des complications somatiques diverses. Ce délire éclate brusquement, le vieillard parle de ses châteaux, de ses palais, de ses millions ; si c'est une femme, de ses joyaux, de ses diamants, de ses parures ; en même temps, il y a souvent de l'hébétude, un certain embarras de la parole, et des phénomènes parésiques qui sont l'indice de foyers de ramollissement sénile en voie de formation.

Le *délire maniaque*, dans quelques cas rares, peut affecter les allures franches de la manie aiguë ; le délire est d'autant plus actif que les facultés sont mieux con-

(1) Esquirol, *Maladies mentales*, t. II.

servées; et on peut le confondre avec la folie tardive qui éclate parfois chez les vieillards, et qui n'aboutit pas nécessairement à la démence.

Enfin dans une dernière variété qui se rapproche du délire des maladies fébriles, le délire maniaque lié à un état congestif du cerveau est surtout un délire d'action et de locomotion; les malades sont en proie à l'insomnie, ils parlent bruyamment, poussent des cris, courent çà et là dans les salles, se couchent dans le lit de leur voisin, se livrent aux actes les plus incohérents, ont des hallucinations, se croient environnés d'ennemis, d'assassins et de voleurs. S'il se prolonge, ce délire se termine en général par la mort.

Le *délire mélancolique simple*, accompagné d'hallucinations de nature pénible, est une complication moins fréquente. En général, les hallucinations de l'ouïe qui l'accompagnent sont très intenses et entretiennent un état anxieux qui peut pousser les malades à faire des tentatives de suicide; nous en avons constaté plusieurs cas; on en trouve également dans les travaux de Marcé et de Laborde (1). Les malades croient qu'on leur reproche toutes les fautes qu'ils ont commises pendant leur vie, et qu'on les accuse de mauvaises actions imaginaires; tout en protestant de leur innocence, ils demandent qu'on les punisse, qu'on leur inflige les châtiments qu'on croira convenables; gémissent, se jettent à genoux, cherchent à prendre la fuite, etc.

Aux idées mélancoliques pures se joignent parfois des idées de grandeur passagères ou du délire d'action et de locomotion; l'intensité remarquable des hallucinations de l'ouïe tient probablement à l'existence presque constante, chez les sujets, d'un degré plus ou moins avancé de surdité.

On observe encore une sorte de *délire hypocondriaque* mal déterminé. Conscients de leur faiblesse, de leurs infirmités, de leur caducité progressive, beaucoup de déments ont une tendance incessante à se plaindre sans motif, à pleurnicher, à formuler des griefs imaginaires. Ils

(1) Laborde, *Le ramollissement et la congestion du cerveau principalement considérés chez le vieillard;* 1886.

se plaignent qu'on les néglige, qu'on leur refuse les soins que nécessite leur position; grâce à la perversion croissante de leurs sentiments affectifs, ils ne tardent pas à se dire victimes des plus odieuses cruautés et à donner à leurs accusations un certain caractère de vraisemblance.

Souvent ces tendances hypocondriaques se transforment en véritable *délire sénile de persécution*. Les craintes qu'expriment les malades n'ont plus rien d'exagéré; ils finissent par se croire entourés de malveillance, ils s'imaginent qu'on en veut à leur bourse, à leur existence même : tout leur fait peur; ils ont des terreurs involontaires, disent qu'on veut les voler, les ruiner ou les tuer. Ils ont, pendant la nuit, des visions effrayantes, et voient se dérouler sous leurs yeux tout une série d'objets monstrueux, affreux ou bizarres (1).

2° *Deuxième période.*

Démence confirmée. — A l'affaiblissement général de l'activité psychique, succède peu à peu l'oblitération complète des facultés. L'*amnésie* devient de plus en plus grande, suivant une marche régressive déterminée : en premier lieu, l'oubli des faits les plus récents, qui sont les moins adhérents, parce que le cerveau a perdu peu à peu l'aptitude à s'impressionner et à retenir; puis vient l'oubli des dates, alors que le souvenir des faits anciens est resté fidèle et tenace, enfin vient l'oubli des mots et les troubles du langage qui en résultent.

Ainsi les malades égarent les objets dont ils se servent habituellement, ne se rappellent plus l'endroit où ils les ont déposés. Ils répètent sans cesse les mêmes idées, formulent les mêmes sentences, les mêmes paroles, sans se douter de leur fastidieux rabâchage. A peine sont-ils sortis de table qu'on les entend, non sans étonnement, demander si on va bientôt leur servir leur repas.

Ils oublient le quantième du mois, le jour de la semaine. Une dame se croyant au dimanche se rend en toilette à l'office et est très étonnée de ne voir personne dans l'église. Un individu hanté par l'idée de mettre ordre à ses affaires

(1) Legrand du Saulle. *Du Délire de persécution*; Paris.

fait successivement plusieurs testaments et ne s'en souvient plus.

Peu à peu, ils en arrivent à oublier même leur âge, et donnent à ce sujet les renseignements les plus infidèles.

L'amnésie s'étend ensuite aux idées, aux notions et aux connaissances acquises antérieurement. Le dément oublie les langues qu'il a sues autrefois, ses connaissances littéraires, ses aptitudes professionnelles.

Certains ont à peine commencé une phrase qu'ils en oublient immédiatement l'idée principale, et qu'ils restent courts avec un bredouillement pénible, ne sachant plus ce qu'ils veulent dire. Ils prononcent alors des mots sans suite et deviennent incohérents, tant par l'oubli des mots que par l'oubli de l'idée qu'ils voulaient exprimer. A un degré plus avancé, leur langage n'est plus qu'un mâchonnement pâteux où on ne reconnaît même plus les mots entiers ; c'est le dernier degré de la démence.

Ces phénomènes ultimes sont en effet précédés d'une phase plus ou moins longue pendant laquelle, avant de perdre la mémoire des idées, les malades perdent la mémoire des mots ; et d'abord celle des noms propres ; car les noms propres naissant fortuitement, pour ainsi dire dans notre esprit, ne constituent qu'une notion contingente, qui se fixe moins dans le souvenir qu'une idée générale. Vient ensuite la perte de la mémoire des substantifs, qui sont les noms propres des choses (1), puis celle des autres signes du discours. Tout en conservant dans leur esprit la conscience du mot à employer, ils s'efforcent inutilement de le retrouver et s'irritent vainement contre leur impuissance.

L'écriture perd peu à peu tous les caractères qu'elle présentait pendant l'état de santé. Les traits sont tremblés, irréguliers, les lignes obliques, confuses, mal délimitées ; le tracé des lettres revêt le caractère enfantin. On y voit des fautes d'orthographe inaccoutumées, des mots passés, des syllabes omises, des dates fausses ; peu à peu l'ensemble de l'écriture revêt un aspect informe et illisible (2). Après la ésion de la mémoire, vient l'affaiblissement des sensations

(1) Laborde, p. 315.
(2) Marcé, *loc. cit.*

par suite de l'émoussement des centres récepteurs, et du défaut d'attention. Les objets ne sont plus reconnus, le monde extérieur habituel devient lettre morte; les personnes sont prises les unes pour les autres, le même individu n'est plus reconnu bien qu'il se présente devant le malade tous les jours à la même heure ; la volonté et le jugement s'affaiblissent et sont remplacés par le caprice, l'entêtement puéril, l'humeur changeante, l'irritabilité impulsive.

Ainsi dépouillé de toutes les acquisitions intellectuelles de son existence antérieure, le vieillard est réduit à un état d'*enfance*. Sa personnalité se trouve peu à peu modifiée et ses premières impressions, ses premières affections, les premières notions qu'il a acquises reparaissent. Ce n'est plus qu'un automate ayant perdu toute conscience de lui-même et n'agissant qu'en vertu des impulsions acquises. Il peut encore se livrer à certaines occupations devenues automatiques et inconscientes par l'incessante répétition dont elles ont été l'objet dans le cours de la vie ; on en voit tenir une conversation banale, jouer à des jeux difficiles, aux cartes, aux échecs, faire des calculs, etc. Il convient de ne pas s'en laisser imposer par les apparences. Foville a fait remarquer que des malades déjà profondément dégradés continuent, mais par une habitude routinière seulement, à observer les convenances sociales, à condition de vivre dans un cercle très restreint où ils n'ont besoin d'aucune initiative. Ils vont, viennent, se lèvent, se couchent, soignent leur toilette, prennent leurs repas d'une façon régulière, lisent les journaux, jouent avec perfection les jeux les plus compliqués. Ces gens si sensés en apparence, ne sont plus pourtant que des automates obéissant à d'anciennes habitudes ; ils n'ont plus ni mémoire, ni jugement, ni volonté.

Le *désordre des actes* est constant dans cette période de la démence sénile. On voit les malades devenir turbulents, se livrer à des actes extravagants ou nuisibles, commettre des imprudences incessantes, allumer du feu au milieu de leur chambre, dans un grenier, dans une grange. Ils semblent avoir perdu tout sentiment de pudeur, se promènent dans un complet état de nudité, satisfont leurs besoins en public, manifestent un érotisme instinctif des plus bizarres, poursuivent les femmes dans la rue, se livrent à des actes

d'impudeur et à des attouchements obscènes sur les enfants.

D'autres errent à l'aventure, se perdent, ne peuvent plus retrouver leur logement, oublient le nom de la rue, le numéro; ne savent plus reconnaître leur lit ni leur chambre.

Ils s'approprient indistinctement tout ce qui tombe sous leur main, collectionnent les objets les plus divers, en emplissent leurs meubles et ne se souviennent plus de rien le moment d'après. Le dément ramolli, dit Morel, vole comme par une espèce de distraction. Il mettra dans ses poches les cuillers et les fourchettes des personnes chez lesquelles il dîne. Il est de ces déments, vivant dans les familles, dont il faut vider les poches tous les soirs. On y trouve les choses les plus disparates. Ils n'attachent pas aux objets qu'ils volent l'idée de choses précieuses; ils volent automatiquement (1).

Il en est qui manifestent les instincts les plus prononcés de destruction. Ils déchirent, mettent en lambeaux leur linge et leurs vêtements, et sont très étonnés un instant après, de se voir nus. Quelquefois malpropres involontairement, ils cherchent comme les enfants et les animaux à dissimuler leurs ordures et ne manquent pas d'aggraver ainsi les conséquences de l'accident dont ils voulaient faire disparaître les traces.

Des *troubles somatiques* plus ou moins graves accompagnent presque toujours les symptômes psychiques de la démence sénile.

En raison de leurs artères athéromateuses et de l'ischémie qui en résulte pour le cerveau, les déments éprouvent d'abord de fréquents vertiges, principalement le matin, après le lever. Une fois qu'ils sont debout, la tête leur tourne, et il leur faut, pour conserver leur équilibre, s'accrocher aux murs, aux meubles qui sont à leur portée. Ils ont principalement après leur repas, des accès de somnolence pendant lesquels ils perdent toute conscience du monde extérieur. Plus tard, ils se plaignent de céphalalgies, ont des poussées congestives vers la tête, ont la face vultueuse, éprouvent des étourdissements. Une légère émission sanguine dissipe complètement ces désordres qui ne laissent après eux aucun trouble de la motilité.

(1) Morel, *Annales*. 1886.

Bientôt surviennent de véritables *attaques apoplectiformes.* Les étourdissements qu'éprouvent les malades s'accompagnent de véritables chutes, sans perte complète de connaissance, sans convulsions, laissant après elles des troubles paralytiques, soit de forme paraplégique, soit de forme hémiplégique : les uns gardent une grande faiblesse des membres inférieurs, les autres deviennent presque impotents d'un bras, traînent la jambe du même côté ; on observe encore de la déviation des commissures labiales, de la langue, des muscles de la face.

Ces attaques peuvent se présenter sous une forme plus légère : les malades seront pris subitement, par exemple, d'une grande difficulté de la parole ; ils éprouvent une impossibilité plus ou moins absolue à s'exprimer : peu à peu ce phénomène s'atténue et disparaît complètement.

Dans d'autres cas, l'attaque revêt la forme comateuse. Les malades restent plusieurs heures privés de connaissance ; ils semblent dormir. Lorsqu'ils sont revenus à eux, il ne reste le plus souvent aucune trace de l'accident qu'ils viennent de subir.

Enfin, dans ses dernières périodes, les attaques sont franchement apoplectiques ; elles signalent la production de lésions en foyer, et sont suivies de paralysies plus persistantes et quelquefois de contractures.

Malgré la prédominance de l'affaiblissement de la motilité dans un côté du corps, les deux côtés n'en sont pas moins atteints, bien qu'à des degrés divers. On voit les malades, soit pendant la marche, soit dans la station debout, fléchir sous le poids de leur corps. Ils écartent les jambes pour élargir leur base de sustentation, s'avancent lentement, les reins cambrés ou pliés en deux, traînant les pieds et trébuchant à chaque pas.

Pendant toute cette période, les fonctions digestives s'exécutent énergiquement ; les malades mangent avec voracité et digèrent convenablement. Ils offrent parfois, dans l'acte de la déglutition, des troubles qui peuvent engendrer de sérieux accidents. La constipation est habituelle, mais bientôt les évacuations commencent à devenir involontaires. Ce symptôme ne s'établit pas d'emblée ; souvent un flux diarrhéïque, un mouvement congestif vers le cerveau, une bronchite, un état fébrile passager, rendent

gâteux pendant quelques jours, un dément qui pourra plus tard reprendre des forces et n'arriver que beaucoup plus tard à la troisième période (1).

3° *Troisième période.*

La troisième période est caractérisée par l'abolition complète des facultés, la permanence des évacuations involontaires, l'affaiblissement progressif des forces physiques, l'apparition de phénomènes paralytiques dus au ramollissement cérébral, aux lésions en foyer, et aux progrès de la cachexie. Gâteux, incapable de se mouvoir, souvent condamné au séjour du lit, le dément sénile végète un certain temps, selon l'expression de Marcé, entre la vie et la mort, offrant encore dans son état mental quelque vague reflet des particularités symptomatiques de la période précédente.

§ 4. — Marche. Durée. Terminaison

La marche de la démence sénile sans complications délirantes est en général assez régulière. Les accès maniaques habituellement liés à des poussées congestives, sont une cause puissante d'aggravation. De même les accidents apoplectiques laissent presque toujours, après leur passage, l'intelligence notablement plus faible; ils aggravent la démence.

Tantôt on voit la maladie suivre une marche lente, uniforme jusqu'à l'attaque apoplectique terminale, tantôt au contraire, la marche est accélérée par la production incessante d'accidents congestifs et d'attaques apoplectiques.

D'après les auteurs, la durée de la démence sénile serait de trois ou quatre ans; mais il convient, comme pour la paralysie générale, d'étendre considérablement ces limites. Elle est beaucoup plus longue qu'on ne l'a supposé et elle peut durer dix, quinze ans et même davantage.

La terminaison est variable; sur 46 décès que j'ai compulsés parmi mes observations :

13 ont été imputables aux accidents apoplectiques ;

11 aux progrès du marasme ;

(1) Marcé, *loc. cit.*

8 aux affections thoraciques;
6 aux accès maniaques;
2 à des affections organiques;
6 aux seuls progrès de la vieillesse.

Ainsi la cause la plus fréquente de la mort des déments réside dans les accidents cérébraux. Puis vient le marasme : sous ce nom, il faut comprendre les escharres, la diarrhée, les progrès de la paralysie, la cachexie progressive.

Un cinquième des décès semble causé par les affections thoraciques : hypertrophie cardiaque et catarrhe chronique des bronches, pneumonies hypostatiques, pneumonies catarrhales, lobulaires.

Enfin les accès maniaques comptent pour un septième. Chez le vieillard, en effet, l'agitation terrasse rapidement les forces, et une sorte de délire aigu fébrile, avec congestion des centres nerveux vient souvent mettre un terme à la maladie.

Il s'agissait chez les deux malades ayant succombé à des affections organiques, de cancers de l'estomac et du rectum.

Enfin, chez les déments que nous supposons avoir succombé aux seuls effets de la vieillesse, la mort est survenue sans complication, sans accident qui fût de nature à l'expliquer.

§ 5. — Anatomie pathologique

Lésions macroscopiques. — La lésion qui frappe le plus à l'ouverture du crâne des déments séniles, c'est l'*atrophie en masse du cerveau.* Les circonvolutions sont amaigries, amincies, séparées les unes des autres par de larges sillons, véritables canaux remplis de sérosité. « Leur surface est, dans certains cas, dépolie, chagrinée, rugueuse ; au lieu d'être pleines et rénitentes comme à l'état normal, elles sont flétries, ratatinées, plus dures et moins élastiques ; leur coloration a changé : au lieu de la teinte grise de l'état physiologique, elles présentent une coloration jaunâtre, ambrée, analogue à celle de la cire, et des coupes perpendiculaires pratiquées sur la couche corticale, permettent de constater que ces modifications de couleur existent dans toute son épaisseur (1). »

(1) Marcé. *loc. cit.*

A la coupe, on constate que l'atrophie porte principalelement sur la substance grise dont l'épaisseur a considérablement diminué; les ganglions centraux sont pâles, décolorés. On trouve dans ces régions, ainsi que dans la substance blanche, dans la protubérance, et quelquefois dans le cervelet, de petites lacunes, des foyers de ramollissement nécrobiotique, des cicatrices, d'anciens foyers hémorragiques, lésions dont dépendent les troubles de la motilité observées pendant la vie.

Les circonvolutions elles-mêmes sont souvent le siège d'altérations en foyer. Tantôt l'atrophie porte plus spécialement sur tel ou tel lobe, sur telle ou telle circonvolution, qui est alors le siège d'une sorte d'effondrement plus ou moins profond et étendu; tantôt elles sont frappées de ramollissements superficiels ou pénétrant profondément dans la substance blanche, quelquefois jusqu'aux ventricules.

L'*arachnoïde* est épaissie, présente des opacités, est infiltrée d'une sérosité abondante.

La *pie-mère* participe à ces mêmes lésions, présente des traînées blanchâtres d'épaississement le long des vaisseaux qui la sillonnent, est gorgée de liquide, s'enlève tout d'une pièce, comme une calotte, est parfois adhérente, en quelques points disséminés à la substance corticale.

Les *ventricules* sont dilatés et remplis de sérosité.

Les *artères* du cerveau sont le plus souvent athéromateuses à un haut degré ; leur calibre est irrégulier, noueux, rétréci et parfois obstrué par les dépôts adipo-calcaires qui font saillie dans leur intérieur.

Lésions microscopiques. — Les *capillaires* sont épaissis, variqueux, présentent des anévrysmes miliaires, les lésions de l'endartérite déformante, des incrustations calcaires et des dépôts de cristaux d'hématine qui diminuent leur calibre et tendent à l'oblitérer d'une façon complète; leur parois sont infiltrées à un degré variable de granulations granulo-graisseuses, provenant de la dégénérescence de leurs éléments. Ces lésions s'étendant en général à tout le système capillaire entretiennent dans tout l'organe une ischémie, cause d'une nutrition défectueuse, qui à la longue entraîne l'atrophie en masse de l'organe et des

foyers plus ou moins étendus de ramollissement, véritables gangrènes locales par arrêt de la circulation.

Les *cellules* et les *tubes* nerveux sont frappés à un degré variable de dégénérescence graisseuse. Les cellules sont atrophiées, infiltrées de granulations graisseuses qui tendent à les envahir en totalité et à en faire disparaître les parties essentielles, noyau et nucléole ; leurs prolongements sont rompus ; elles sont déchiquetées sur leurs bords, irrégulières, méconnaissables et finissent par disparaître. La lésion des cellules est plus ou moins étendue, plus ou moins généralisée ; elles ne sont pas toutes frappées, et celles qui sont malades le sont à des degrés divers.

Les tubes nerveux sont déformés, rompus, rétractés, plus tard leur myéline disparaît et il ne reste plus qu'un cylindre, d'aspect noueux, d'une couleur jaune ambrée, qui fait place, à un degré plus avancé, aux parois de la gaîne revenue sur elle-même. Enfin, tubes et gaînes finissent eux-mêmes par disparaître (1).

En dehors des foyers de ramollissement, dont l'anatomie pathologique ne doit pas nous occuper, on trouve dans toute l'étendue du système nerveux central des *corps granuleux* plus ou moins abondants, suivant le degré d'atrophie et de régression graisseuse où il en est arrivé.

§ 6. — Diagnostic et Pronostic

La démence sénile ne peut être confondue avec les diverses folies simples, même arrivées à leur période démentielle. Chez le dément vésanique, en effet, l'affaiblissement de l'intelligence n'est que secondaire et tardif, tandis que c'est un phénomène primordial chez le dément sénile. Les complications délirantes que présente quelquefois ce dernier ont un cachet de puérilité qui les caractérise d'une façon suffisante ; et tandis qu'il ne délire qu'incidemment, timidement, en quelque sorte, ou même ne délire pas du tout, le dément vésanique est un délirant quand même qui conserve jusqu'à la période ultime de sa maladie des restes en général reconnaissables de son trouble mental primitif. Ajoutons que les trou-

(1) Marcé, *loc. cit.*

bles de la motilité de la démence sénile lui sont spéciaux.

Cependant, nous devons reconnaître que l'état physique et intellectuel d'un certain nombre d'anciens vésaniques avancés en âge se confond absolument avec celui des véritables déments séniles à la dernière période et qu'il n'y a plus matière, dans ces cas, à diagnostic différentiel. L'ancien vésanique est tout simplement devenu un dément sénile (athérome cérébral).

C'est surtout avec la paralysie générale qu'il importe de ne pas confondre la démence sénile. Il y a en effet entre les deux maladies, certaines analogies évidentes : dans l'une et dans l'autre on constate un affaiblissement progressif de l'intelligence, l'embarras de la parole, des troubles de la motilité ; toutes deux se compliquent de délires de différentes formes qui viennent se surajouter à la démence ; de congestions, d'attaques apoplectiformes qui accélèrent leur évolution. L'âge, bien qu'en général très différent, auquel elles se développent, n'est pas toujours un signe de nature à trancher la difficulté, car la paralysie générale fait quelquefois explosion à une époque tardive.

Il existe d'ailleurs des formes mixtes qui compliquent encore le diagnostic différentiel. A. Voisin, décrit une forme de paralysie générale liée à l'athérome artériel, qu'il désigne sous le nom de *paralysie générale sénile.* Ses caractères seraient les suivants : elle est rare, son évolution est rapide et ne dépasse pas deux ans ; les troubles intellectuels sont absolument les mêmes que ceux de la paralysie générale classique. Les troubles somatiques sont également les mêmes quoique peu marqués ; la démence ressemble beaucoup à la démence de la folie vésanique. Les lésions ne sont pas celles qu'on observe habituellement dans la paralysie générale ; ainsi les adhérences entre la pie-mère et la substance corticale sont peu nombreuses, elles sont partielles le plus ordinairement ; dans quelques cas elles n'existent pas, mais la lésion essentielle c'est l'athérome de tout le système artériel : plaques calcaires d'étendue variable sur les valvules mitrale et aortique, dilatation de la crosse de l'aorte, athérome des artères de la base de l'encéphale... Examinées au micros-

cope, les parois des artères présentent un nombre considérable de granulations granulo-graisseuses (1).

Nous avons nous-même à la suite d'une étude sur le même sujet, formulé les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme de démence paralytique qui se caractérise à la fois par les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite et par celles de la sénilité cérébrale, l'athérome, les anévrysmes miliaires, les foyers de ramollissement jaune. Elle se développe en général à un âge avancé, suit une marche plus ou moins lente, et peut se terminer rapidement à la suite d'une poussée congestive accompagnée d'excitation maniaque aiguë. On peut la diagnostiquer pendant la vie à l'aide du sphygmographe et par l'auscultation de l'aorte. Les symptômes psychiques et somatiques tiennent à la fois de la démence sénile et de la paralysie générale.

2° Chez quelques déments séniles, il se produit des poussées congestives qui peuvent aboutir à l'inflammation de la couche corticale du cerveau et déterminer les lésions au moins macroscopiques de la paralysie générale. Ce mouvement fluxionnaire peut très probablement rétrocéder dans certains cas, et les symptômes de démence paralytique disparaissent alors, pour laisser le champ libre à la démence organique (2).

Quoi qu'il en soit, ces cas sont rares et dans l'immense majorité des cas, le diagnostic différentiel de la paralysie générale et de la démence sénile ne présente pas de difficulté.

Les *troubles de la motilité*, dans la démence sénile, sont de nature paralytique, tandis qu'ils sont surtout ataxiques dans la paralysie générale. Ce n'est qu'exceptionnellement que dans cette dernière on observe une hémiplégie persistante, et surtout une hémiplégie faciale, commune au contraire dans la démence sénile.

Dans la paralysie générale, la langue n'est pas déviée, elle est animée de contractions fibrillaires et de mouve-

(1) A. Voisin, *Traité de la paralysie générale des aliénés;* Paris, 1879.

(2) A. Cullerre, *De la paralysie générale dans ses rapports avec l'athérome et le ramollissement jaune.* (*Annales médico-psychologiques,* 1882.)

ments spasmodiques. Ces derniers signes font défaut dans la démence sénile, alors que le premier est des plus fréquents.

Dans l'encéphalite interstitielle, la parole est hésitante, tremblée, scandée ; dans la démence sénile elle estpâteuse, confuse, mal articulée, mais sans bégaiement.

Enfin, le délire ambitieux si fréquent chez les paralytiques, est presque rare chez les déments séniles. Chez ces derniers, la démence, surtout au début, n'est que partielle; certaines parties de la mémoire sont respectées; elle est totale dès le début chez le paralytique, c'est-à-dire qu'elle atteint uniformément toutes les facultés intellectuelles.

Le pronostic de la démence sénile est grave, car elle se termine toujours par la mort. Cependant l'absence d'accès congestifs ou délirants doit-être considérée comme une circonstance favorable, car ces accidents ont une action décisive sur la marche de la maladie dont ils précipitent l'évolution.

§ 7. — Traitement

La démence sénile étant incurable, le traitement doit se borner à assurer aux malades les soins hygiéniques appropriés à leur état, et à combattre les complications intercurrentes.

Les poussées congestives doivent être conjurées par les dérivatifs sur le tube intestinal, les révulsifs ordinaires, et dans quelques cas par de légères émissions sanguines opérées à l'aide de sangsues ou de ventouses.

Le délire maniaque et l'insomnie sont quelquefois heureusement combattus par le bromure de potassium à faibles doses, deux grammes par exemple, administrés au commencement de la nuit. Un régime fortifiant, de légers excitants tels que le vin, peuvent amener le même résultat selon Krafft-Ebing. Ce même auteur recommande encore l'opium ; cependant cette substance n'est pas sans danger dans tous les cas, y compris la démence sénile, où il y a des lésions organiques cérébrales. Quant au chloral, il doit être proscrit en raison de l'état du cœur et de la circulation.

CHAPITRE III

DÉMENCES ORGANIQUES

Les lésions organiques circonscrites du cerveau, quelle qu'en soit la nature (foyers de ramollissement, foyers d'hémorragies, tumeurs, etc...) peuvent s'accompagner d'un affaiblissement intellectuel progressif, compliqué ou non de conceptions délirantes. Cette sorte de démence présente des caractères généraux absolument semblables à ceux de la démence sénile. Les conceptions délirantes concomitantes sont aussi de même nature : tantôt ce sont des idées hypocondriaques puériles, tantôt des idées vagues de persécution ; plus rarement ce sont des idées de grandeur passagère sous l'influence d'une poussée congestive ou inflammatoire vers les centres nerveux.

Nous n'entreprendrons pas une description spéciale de tous les cas qui peuvent se présenter, chose d'ailleurs impossible ; nous nous contenterons, en renvoyant à la description de la démence sénile, d'insister sur quelques particularités résultant du siège de la lésion, cause première des troubles psychiques observés.

(*a*) Les foyers formés sur le territoire des artères cérébrale antérieure et sylvienne sont les plus graves au point de vue intellectuel ; la gravité est encore plus grande si le foyer occupe l'hémisphère gauche du cerveau.

(*b*) En effet, les individus atteints d'hémiplégie droite présentent une obtusion, une apathie, une insensibilité complètes ; leur démence est le plus souvent tranquille ; ils sont inertes, indifférents à ce qui les entoure ; bavardent d'une façon incohérente (quand ils ne sont pas aphasiques) et ne peuvent que d'une façon très passagère arrêter leur attention sur une idée quelconque. Quand ils s'agitent, leur agitation est tout automatique ; ils vont, viennent, se perdent, se trompent de lit ou d'apparte-

ment, tombent et se blessent : ils exigent une surveillance de tous les instants.

(*c*) Les individus atteints d'hémiplégie droite sont souvent aphasiques. Ces derniers présentent eux-mêmes quelques particularités psychiques dignes d'être notées.

Sazie (1) les divise en trois catégories : 1° ceux qui ont conservé la presque totalité de leur intelligence ; 2° ceux qui l'ont manifestement affaiblie ; 3° ceux qui sont en démence.

Selon le même auteur, l'aphasique a les sentiments affectifs toujours diminués ; il est remarquable par son égoïsme et son irritabilité de caractère. Il présente parfois des troubles psychiques analogues à ceux de l'aliénation mentale ; tantôt c'est une incohérence verbale ou mimique dont il n'a pas conscience ; tantôt ce sont des hallucinations diverses des délires tantôt, expansifs, tantôt dépressifs. Un aphasique atteint en même temps de surdité verbale, observé récemment par nous, présentait un délire de persécution consistant en la conviction que l'enfant que portait sa femme enceinte était le fruit d'un adultère et il voulait la tuer. Les aphasiques sont encore le jouet d'impulsions instinctives qui les poussent au vol, au suicide, à l'homicide, aux attentats contre la pudeur, etc....

(*d*) D'après Luys, les hémiplégies gauches avec lésion du lobe droit sont presque toujours accompagnées d'une excitation spéciale des facultés émotives.

« Cette exaltation des facultés émotives se révèle tantôt par un ton larmoyant et de la sensiblerie dans l'expression verbale, tantôt par des rires involontaires accompagnés et suivis d'expressions de douleur, tantôt par une véritable excitation émotive, progressive et automatique qui devient chez les malades une véritable phase d'aliénation mentale, pendant laquelle ils peuvent aller jusqu'à faire des tentatives de suicide (2). »

(1) Sazie, Thèse de Paris, 1879
(2) Luys, *Encéphale*, 1881.

III. ALIÉNATIONS LIÉES A DIVERS ÉTATS MORBIDES GÉNÉRAUX

CHAPITRE PREMIER

ÉPILEPSIE

§ 1er. — Définition

L'*épilepsie* est une névrose convulsive caractérisée par des accès intermittents de courte durée, d'intensité variable, s'accompagnant d'une perte subite de la connaissance, et le plus souvent de troubles intellectuels. Ce sont ces dernières manifestations de l'épilepsie dont l'étude nous occupera surtout dans les développements qui vont suivre. Mais l'extrême connexité qui existe le plus souvent entre l'accès comitial et les troubles intellectuels nécessite une connaissance intime du premier; c'est pourquoi nous en ferons une rapide description.

§ 2. — Étiologie

Le rôle de l'*hérédité* comme cause prédisposante de l'épilépsie a donné lieu jusqu'ici aux interprétations les plus diverses. Toutefois, les opinions de chaque auteur cadrent assez bien avec sa propre conception de l'hérédité elle-même. Ceux qui ne considèrent que l'hérédité directe ou similaire ne reconnaissent à cet agent qu'un rôle des plus restreints dans l'épilepsie (Maisonneuve, Tissot, Beau, Leuret, Valleix, Gintrac, Delasiauve, Morel, Legrand duSaulle, Lasègue). Ceux qui au contraire admettent la transformation des névroses par la voie héréditaire, en d'autres termes, l'hérédité névropathique, sont d'un avis opposé (Moreau de Tours, Herpin, Bouchet et Cazauvielh, P. Lucas, Foville, Echeverria, Bourneville, Gowers, Déjerine, Bombart).

Echeverria a fourni récemment les données statistiques suivantes : 136 épileptiques hommes ou femmes ont eu

353 enfants. Sur ce nombre, 105 seulement sont bien portants, 195 sont morts de convulsions dans l'enfance, 78 sont épileptiques, 18 sont idiots, 11 sont aliénés, 45 sont hystériques, 39 paralytiques, etc. En prenant en considération le cas où le père et la mère furent épileptiques, il a trouvé que l'hérédité paternelle existait dans 61 cas, l'hérédité maternelle dans 73 cas, l'hérédité double dans un seul cas (1).

La proportion des cas où l'hérédité est évidente est, selon Echeverria, de 28 %, et selon Reynolds de 31 %. Gowers (2), d'après ses propres observations, trouve une proportion un peu plus forte : sur 1218 cas, 429 fois, soit 35 %, il existait manifestement une prédisposition héréditaire névropathique.

Sur les 350 épileptiques de Bourneville (3), 244, soit 67 % avaient des antécédents héréditaires. La prédisposition a consisté dans : alcoolisme 51,6 %, migraines, 24,5 % ; épilepsie, 21,2 % ; aliénation mentale, 16,8 % ; puis viennent par ordre de fréquence l'hystérie, le nervosisme, le suicide, les convulsions, l'idiotie, les névralgies etc. Fait important à noter au point de vue des parentés morbides, l'ataxie locomotrice ne vient qu'en dernière ligne et ne figure que pour 0,4 % dans cette statistique.

Des matériaux que j'ai mis à sa disposition, Bombart a fait ressortir les faits suivants : 110 familles névropathiques, comprenant chacune au moins un épileptique, ont fourni 294 cas de maladies nerveuses ainsi réparties :

MALADIES	NOMBRE	PROPORTION POUR CENT
Epilepsie	170	57,8
Folie	72	24,4
Idiotie	21	7,1
Paralysies	17	5,7
Morts subites	7	2,3
Névroses diverses	7	2,3
TOTAL	294	

(1) Echeverria, *Journal of mental science ;* 1880.
(2) Gowers, *Epilepsy and other chronic convulsive disease ;* 1881.
(3) Déjérine, *l'Hérédité dans des maladies du système nerveux ;* 1886.

Si de ces 294 cas de maladies nerveuses, on retranche les 110 épileptiques représentant chacun une famille, il reste 184 cas qui se décomposent de la manière suivante:

MALADIES	HÉRÉDITÉ DIRECTE		HÉRÉDITÉ collatérale	TOTAL	POUR cent
	Paternelle	Maternelle			
Epilepsie.....	6	3	51	60	32,6
Folie.....	4	2	66	72	39,1
Idiotie.....	»	»	21	21	11,4
Paralysies.....	3	2	12	17	9.2
Morts subites....	3	1	3	7	3,2
Névroses diverses.	3	1	3	7	3,2
Total.....	19	9	184	184	

Ces faits démontrent que dans les familles à hérédité névropathique où l'épilepsie se manifeste, on la trouve au premier rang. Dans 29 de ces familles, c'est-à-dire 26 °/₀, l'auteur n'a trouvé que des cas d'épilepsie à l'exclusion de toutes les autres névroses (1). Gowers partage d'ailleurs cette opinion.

Ce dernier a noté la tendance évidente de la maladie à se transmettre du père au fils et de la mère à la fille; les résultats de Bombart sembleraient indiquer au contraire la tendance à l'hérédité croisée, mais le nombre des observations de ce dernier est trop minime pour qu'on puisse les opposer à celles du précédent. Echeverria prétend que les mères épileptiques transmettent leur mal à un plus grand nombre d'enfants que les pères.

En dehors des maladies nerveuses, *certains états morbides* des parents semblent prédisposer leurs descendants à l'épilepsie. Tels sont la scrofule, la tuberculose, l'alcoolisme. A. Voisin (2) a noté que sur 95 épileptiques, 12 avaient des antécédents scrofuleux ou tuberculeux francs, 12 comptaient des ascendants morts d'alcoolisme chronique, les autres étaient issus de l'hérédité névropa-

(1) Bombart, *les Familles d'épileptiques:* Thèse de Bordeaux, 1887.
(2) A. Voisin. *Dictionnaire de médecine de Jaccoud*, art. *Epilepsie*.

thique. H. Martin (1) a relevé 83 observations d'épileptiques dans lesquelles l'alcoolisme des parents jouait le rôle de cause prédisposante.

Plusieurs auteurs ont fourni des faits qui tendent à prouver que l'état d'ivresse des parents au moment de la conception prédispose les enfants à l'épilepsie.

L'épilepsie semble plus fréquente dans le *sexe féminin*.

L'*âge* de la plus grande fréquence de l'explosion de la maladie est compris entre dix et vingt ans; elle est plus précoce chez les enfants qui ont eu des convulsions. Passé quarante ans, elle est très rare.

L'influence des *climats* et des *saisons* est peu connue.

L'épilepsie semble plus commune dans les pays froids et fait de préférence sa première apparition au printemps.

On a admis trois sortes principales d'épilepsie: l'épilepsie *idiopathique* ou essentielle, la *symptomatique* et la *sympathique*. Cette division n'est peut-être pas très justifiée au point de vue de la pathologie générale, néanmoins elle répond à des catégories de faits très différents les uns des autres, principalement quant à leurs origines et à leur mode de production.

D'après les auteurs, l'épilepsie essentielle reconnaitrait pour causes occasionnelles les *émotions morales*, les chagrins et surtout la frayeur, cette dernière dans la proportion de 75 %. Il y a là une exagération évidente que Lasègue a combattue avec raison. D'après la théorie de cet auteur, l'épilepsie essentielle serait non une maladie, mais une infirmité ne pouvant s'acquérir que par deux procédés: ou par un *traumatisme* à lésions immuables ou par une *déformation spontanée*.

De dix à dix-huit ans, il s'accomplit une évolution dans l'assiette du crâne. Les sutures de la base se consolident en masse ou par portion. C'est au moment où ce travail s'achève et quand il se fait mal, que l'épilepsie apparait. La consolidation vicieuse de la base crânienne entraîne des asymétries de la face qui en rendent le diagnostic facile.

L'asymétrie épileptogène s'accuse par une saillie plus

(1) H. Martin. *Annales méd. psych.*; 1879.

ou moins notable d'une des moitiés du frontal, surtout le droit et des déviations du système osseux de la face. Ces dernières semblent répondre à deux types : ou la face a subi un mouvement de rotation en sens inverse du frontal, ou elle est entraînée dans la même direction. En résumé, l'asymétrie fronto-faciale est la règle, toutes les fois que la première attaque épileptique est venue surprendre le malade entre dix et dix-huit ans. L'expérience de l'auteur s'appuie sur l'examen de milliers de malades (1).

D'après une nouvelle théorie, l'épilepsie, quelle qu'en soit la forme, serait exclusivement symptomatique, et celle que l'on considère ordinairement comme idiopathique se développerait consécutivement aux *maladies infectieuses* et *virulentes*. Selon G. Lemoine (2), l'épilepsie de l'enfance reconnaît très souvent pour cause au moins occasionnelle une des maladies infectieuses fréquentes à cet âge. Dans les cas les plus rares, l'épilepsie survient en pleine poussée aiguë de la maladie, au moment où celle-ci se généralise et où des foyers microbiens se forment dans les centres nerveux. Le plus souvent, c'est quand ces foyers infectieux ont subi la transformation fibreuse que l'épilepsie apparaît, occasionnée par la cicatrice qui s'est formée. P. Marie (3) prétend avoir pu, chez tous les malades atteints d'épilepsie dite idiopathique, retrouver soit pendant la seconde enfance, soit pendant l'adolescence, l'existence d'une attaque de convulsions ayant précédé d'un temps plus ou moins long les attaques d'épilepsie, et sans que dans cet intervalle aucune autre manifestation convulsive ait pu faire présager l'apparition de ces dernières. Il n'y aurait donc aucune différence d'origine entre l'épilepsie idiopathique et l'épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale résultant d'une encéphalite infantile. Le processus épileptique serait toujours le résultat d'une maladie générale (fièvres éruptives, infections innominées) laissant dans les centres nerveux des lésions plus ou moins visibles à l'œil nu.

(1) *Annales méd. psych.*, 1877.
(2) Lemoine, *Progrès médical*, 1888.
(3) P. Marie, *Progrès médical*, 1887.

Pour le même auteur, l'épilepsie tardive serait due à des causes de même ordre et relèverait le plus souvent de la syphilis ou d'une infection puerpérale méconnue.

Cette théorie exclusive ne me semble pas en mesure de donner la clef de tous les faits qu'elle prétend expliquer.

Les *altérations* les plus diverses du cerveau et de ses enveloppes peuvent provoquer l'explosion de l'épilepsie symptomatique, traumatismes, congestions, tumeurs, compressions. Les intoxications, alcoolisme, absinthisme, saturnisme, sont aussi parfois la cause d'épilepsies du même genre.

Quant à l'épilepsie sympathique, les expériences de Brown-Séquard ont démontré qu'elle était possible et pouvait être causée par la blessure, la section ou l'irritation d'un nerf. Il a pu réunir quarante et un cas d'épilepsie survenue chez des individus qui avaient eu une lésion traumatique ou une irritation du sciatique ou de ses ramifications, à la suite d'amputations. Toutefois l'épilepsie sympathique doit être considérée comme très rare, contrairement aux opinions anciennes.

Parmi les causes qui ont une action évidente sur le retour des attaques convulsives, nous devons citer la *période menstruelle*, les *excès de coït* ou d'onanisme, les *écarts de régime* et surtout les *excès alcooliques*. Le sommeil semble aussi favoriser l'explosion des accidents qui sont plus souvent nocturnes que diurnes.

§ 3. — Symptomes

A. — Symptômes physiques.

L'épilepsie, au point de vue purement physique, se manifeste par des attaques dont on reconnaît plusieurs variétés, depuis l'attaque convulsive complète, jusqu'au vertige et à la simple absence.

Attaque complète. — Les prodromes de l'attaque de haut mal ne sont pas constants; toutefois, certains malades, plusieurs heures et mêmes plusieurs jours à l'avance, éprouvent un malaise indéfinissable, de la lourdeur de

tête, de la céphalalgie, de l'inaptitude au travail, de la tristesse. D'autres éprouvent de l'insomnie, des cauchemars, des grincements de dents dans les nuits qui précèdent la crise ; ou bien une excitation génitale anormale, du priapisme et des pollutions répétées. Chez d'autres, ce sont des troubles vaso-moteurs, des éruptions érythémateuses localisées ou généralisées. Tous, enfin, sont hargneux, sombres, irascibles, emportés ; non seulement ils ne supportent aucune contradiction, aucune contrariété, mais même ils entrent sans provocation dans des accès de fureur. D'autres fois ils se montrent gais, expansifs, bienveillants, et manifestent une satisfaction anormale.

Mais l'attaque est proche, et au moment même qui en précède l'explosion, un nouveau phénomène prémonitoire, qui d'ailleurs est loin lui-même d'être général, mais qui, lorsqu'il existe est d'une constance remarquable chez le même individu, se manifeste : c'est l'*aura*. L'aura consiste en un trouble de la motilité, des divers modes de la sensibilité ou de l'intelligence ; elle peut donc être motrice, sensitive, sensorielle, intellectuelle. Elle serait, selon Magnan (1), la traduction extérieure du malaise de la région cérébrale sur laquelle va tout d'abord se porter la décharge épileptique.

L'*aura motrice* a pour siège le membre supérieur et surtout la main, quelquefois un ongle, un doigt, toujours le même. Le spasme gagne les muscles, remonte jusqu'au tronc, puis se généralise. On a vu des auras motrices commencer par l'épaule, par un pied, par une paupière. Elle consiste parfois en violentes palpitations cardiaques, en impulsions, qui poussent les malades à courir devant eux (2), à reculer ou à tourner sur eux-mêmes.

L'*aura sensitive* consiste en une sensation de froid ou de chaud, d'engourdissement, de frissonnement, de douleur, qui part d'un point quelconque du tronc ou des membres ; de l'épigastre, de la région péri-ombilicale, de la tête, du pharynx. L'aura stomacale s'accompagne parfois de nausées et de vomissements.

(1) Magnan. *Leçons sur l'épilepsie.* (*Progrès médical :* 1882.)
(2) Bourneville et Bricon. *Epilepsie procursive.* (*Archives de neurologie*, 1887.)

L'*aura sensorielle* consiste en hallucinations, principalement de la vue. Tantôt le malade voit les objets sautiller autour de lui, prendre des dimensions gigantesques, s'envelopper de flammes. Quelques malades ont un goût de sang dans la bouche, d'autres croient sentir un parfum agréable ou une odeur insupportable. Il en est qui entendent des injures, des menaces, ou simplement des bruits indifférents.

Enfin, l'*aura intellectuelle* est en général constituée par un délire de nature maniaque ou mélancolique avec état inconscient. Le caractère principal de cette sorte d'aura est encore d'être remarquablement uniforme chez le même malade : mêmes hallucinations, mêmes conceptions délirantes, mêmes impulsions.

Ces divers symptômes prémonitoires de l'attaque d'épilepsie ne se montrent pas toujours isolément. Ils se combinent, au contraire, souvent chez un même individu, dont l'aura appartient alors à ces quatre catégories différentes.

Qu'elle ait ou non été précédée de prodrômes, l'attaque a ordinairement lieu de la façon suivante : le malade pâlit, pousse un cri rauque, perd connaissance et tombe foudroyé, tantôt sur le dos, tantôt sur le côté, tantôt sur la face. Les traits se contractent, la tête subit un mouvement de rotation en s'inclinant du côté opposé à la face ; les mâchoires se resserrent, les commissures de la bouche se dévient à droite ou à gauche, les pupilles se dilatent, les yeux se portent en haut, les membres sont pris d'une raideur tétanique souvent prédominante d'un côté. La respiration se suspend, la face s'injecte et devient livide, un jet d'urine s'échappe, des gaz et des matières peuvent être expulsés. Le pouls est petit et notablement accéléré ; la face est dans un état de distorsion horrible. Telle est la phase *tonique* de l'attaque épileptique.

Au bout de quelques secondes, à la raideur générale du tronc et des membres succèdent des secousses brèves, violentes, analogues à des commotions électriques ; la figure devient grimaçante, la commissure labiale est entraînée jusqu'à l'oreille, le front se plisse, les sourcils s'abaissent, les yeux roulent dans l'orbite, les mâchoires s'entrechoquent, la langue projetée entre les arcades dentaires est mordue et une salive spumeuse et sanguino-

lente s'écoule en bavant des commissures; les mouvements convulsifs, en général plus accentués d'un côté, s'emparent du corps tout entier qui se débat ; des secousses répétées dont l'amplitude est faible et qui se font pour ainsi dire sur place, agitent simultanément la tête, les bras, les membres inférieurs et le tronc. De petites ecchymoses ponctuées apparaissent parfois sur la face, principalement autour des yeux. Les pouces sont presque toujours fortement fléchis dans la paume de la main ; les mouvements du cœur sont violents, la respiration sifflante et entrecoupée; les sphincters se relâchent et laissent écouler l'urine et les matières fécales ; parfois il y a émission de liquide spermatique. Ici se termine la deuxième phase, ou phase *clonique*.

Enfin la face pâlit de nouveau, les muscles se détendent, la respiration reprend bruyamment son cours, fait entendre un ronflement caractéristique, puis s'apaise insensiblement; une sueur abondante couvre la face, le malade tombe dans un assoupissement profond qui peut ne durer que quelques secondes mais peut se prolonger un quart d'heure, une demi-heure. Absolument insensible et privé de connaissance, il n'a aucune conscience des blessures qu'il a pu se faire pendant l'attaque. Bientôt il revient à lui, se soulève, promène autour de lui des regards hébétés, étonnés, se livre à des actes automatiques et impulsifs. Enfin, il comprend au sentiment de courbature, à la céphalalgie qu'il éprouve, à la position où il se trouve, à l'excrétion involontaire de l'urine, aux soins dont il est entouré, qu'il vient d'avoir une attaque.

Si l'accident s'est produit la nuit, pendant le sommeil, le malade continue à dormir et se réveille le lendemain brisé, accablé de fatigue, ignorant ce qui lui est arrivé. Ce n'est parfois qu'au bout de plusieurs années, qu'aux urines et à la salive sanguinolente dont sa couche est souillée, il se doute du mal dont il est atteint.

La stupeur consécutive à l'attaque peut se prolonger pendant plusieurs heures et même plusieurs jours. Il arrive aussi que l'attaque est suivie d'une crise de sommeil pouvant durer plusieurs heures. Dans d'autres cas, les convulsions sont immédiatement suivies d'une crise de délire, toujours le même, que nous décrirons plus loin.

Nous avons vu aussi succéder à l'attaque des impulsions procursives irrésistibles auxquelles les malades cèdent aveuglement et inconsciemment.

La grande attaque ne dure guère plus d'une ou au plus de deux minutes ; ce caractère est important, car il peut servir à distinguer l'attaque épileptique vraie des attaques épileptiformes qui souvent se prolongent beaucoup plus longtemps. Mais elle n'est pas toujours unique ; il arrive qu'elle se fragmente, se subdivise et se traduit par des convulsions subintrantes ou imbriquées (Trousseau). C'est ce qu'on désigne sous le nom d'*état de mal :* les accès peuvent se succéder coup sur coup; on peut en compter un nombre considérable chez le même malade qui, pendant toute la durée du paroxysme, demeure dans un état comateux, présente de l'hémiplégie passagère, une respiration accélérée, une fièvre ardente. Le pouls est petit, précipité; la peau est chaude, couverte de sueur, la sensibilité est obtuse, l'intelligence abolie. La température qui dans l'attaque unique s'élève en général de un degré, peut atteindre dans l'état de mal 40 ou 41 degrés. Sa chute annonce la guérison prochaine, sa persistance, au contraire, annonce la mort qui survient au milieu d'accidents congestifs ou méningitiques.

Le retour des accès épileptiques n'est soumis en général à aucune périodicité régulière. Très rares et espacés à de longs intervalles chez certains individus, ils sont chez d'autres d'une grande fréquence, tantôt séparés par un intervalle à peu près fixe, tantôt groupés par séries suivies d'un temps d'accalmie plus ou moins long.

Attaques incomplètes. — Outre la grande attaque complète, il existe chez les épileptiques des *attaques incomplètes* qui ne sont que des diminutifs de la première. Il n'y a pas de cri initial; le malade pâlit, perd connaissance, a quelques convulsions de la face ou des me mbres fait des mouvements réitérés de déglutition, devient rouge et ne tarde pas à revenir à lui, non sans conserver un certain temps de l'hébétude et de la lourdeur de tête.

Le *vertige* est aussi une attaque avortée et plus courte que les précédentes ; il dure à peine quelques secondes et

affecte des apparences très variables. La perte de connaissance est constante, mais momentanée ; le malade peut ne pas tomber s'il est assis ou s'il trouve un point d'appui ; il peut y avoir émission d'urine : les convulsions sont ordinairement limitées à quelques muscles du corps ou de la face. Presque aussitôt le malade revient à lui et garde un instant une attitude étonnée. Dans quelques cas le trouble mental est plus persistant et peut s'accompagner d'impulsions automatiques dangereuses. Le vertige alterne le plus souvent avec les grandes attaques ; toutefois, il peut être la seule manifestation de l'épilepsie.

Enfin on désigne sous le nom d'*absence* une sorte de vertige avorté. Dans cette forme, la perte de connaissance subsiste encore, mais n'est accompagnée d'aucun mouvement convulsif. Le malade s'interrompt subitement au milieu d'une conversation, perd connaissance l'espace de quelques secondes puis revient à lui et continue la phrase commencée. D'autres interrompent l'ouvrage commencé ou se livrent à quelques mouvements incohérents qui en troublent momentanément l'ordonnance. Ces phénomènes peuvent passer inaperçus. Ils n'en sont pas moins graves au point de vue du pronostic.

Epilepsie partielle. — En dernier lieu il existe une forme d'épilepsie toujours symptomatique d'une lésion limitée des centres nerveux qu'il n'est plus permis au manigraphe de passer sous silence, depuis que Pitres (1) a montré que, comme l'épilepsie ordinaire, idiopathique, quoique beaucoup plus rarement, elle pouvait se larver et avoir des *équivalents psychiques*. Voici brièvement quels sont les caractères de l'épilepsie partielle ou jacksonnienne, du nom du premier auteur, Hughlings Jackson, qui en a fait une étude complétée plus tard par Charcot, Bourneville, Lepine, Fournier, Pitres, etc.

Les symptômes de l'épilepsie partielle ne se distinguent de ceux de l'épilepsie générale que par leur limitation à un seul côté ou à une région circonscrite du corps. Elle est toujours précédée d'une aura motrice ; le cri initial fait

(1) Pitres, *Etude sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle*. (*Revue de médecine*, Paris, 1888.)

toujours défaut. La perte de connaissance est un phénomène des plus inconstants et qui présente les plus grandes variétés.

Les formes qu'affecte l'épilepsie partielle sont les suivantes : forme hémiplégique proprement dite, forme tonique, forme vibratoire. Ces divers syndrômes peuvent accompagner des lésions très diverses, le siège de la lésion dans la zône motrice corticale et non sa nature étant la cause déterminante des accidents convulsifs (1).

Epilepsie anomale. — Enfin, l'épilepsie peut se manifester par des crises non convulsives de diverse nature. Certaines attaques apoplectiformes (Trousseau, Lasègue), sont d'origine épileptique; elles alternent avec des attaques franchement épileptiques, ou précèdent pendant un temps plus ou moins long l'apparition de ces dernières. Elles peuvent s'accompagner d'incontinence d'urine, de tension artérielle (Voisin) de stertor, et être suivies de délire et d'actes inconscients.

Certains tics douloureux paraissent être une des manifestations de l'épilepsie vraie (Trousseau, Peter) et ont pu être guéris par le bromure de potassium, bien que cette affection soit d'ordinaire réfractaire à ce mode de traitement.

On a vu des amauroses intermittentes alterner avec des attaques épileptiques franches et finir par se substituer complètement à ces dernières.

L'incontinence d'urine peut pendant plusieurs années, chez les enfants, être le seul phénomène épileptique observé. Il annonce dans ces cas une des formes du mal comitial qui ne tarde pas à se développer et à confirmer le diagnostic.

Citons enfin, parmi les manifestations larvées de l'épilepsie, plus rares et moins importantes, le tic de salaam et la migraine ophthalmique.

(1) L. Greffier. *Étude sur l'épilepsie partielle :* Paris. 1882.

B. — Symptômes psychiques.

D'une façon générale un épileptique peut être tout aussi intelligent, tout aussi raisonnable qu'un homme bien portant et, en fait, il y a un certain nombre de ces malades dont l'existence psychique est absolument correcte et dont les actes ne donnent lieu à aucune interprétation suspecte. Mais il en est un grand nombre qui présentent des troubles intellectuels plus ou moins graves, plus ou moins courts ou prolongés, dont la connaissance importe d'autant plus qu'ils peuvent à eux seuls constituer toute la maladie.

Ces troubles intellectuels peuvent avoir lieu avant, pendant et après les attaques, quelle qu'en soit d'ailleurs la forme. Ils peuvent même exister indépendamment de tout accident convulsif, et à titre *d'équivalents psychiques*, se substituer à une attaque, ou même constituer à eux seuls dans quelques cas, une *forme larvée* de l'épilepsie, l'épilepsie mentale de certains auteurs.

Troubles intellectuels des vertigineux. — Les troubles intellectuels observés pendant l'attaque ne se montrent que pendant l'absence ou le vertige. A la suite de la perte rapide de connaissance qui constitue presqu'en entier ces accidents, on voit des malades rester étonnés, hébétés ; se livrer à des actes automatiques bizarres, balbutier quelques mots incohérents ou orduriers, vider leurs poches dans le pot au feu, croquer de la bougie, déboutonner leurs vêtements, découvrir leurs organes génitaux, uriner dans un salon ou dans une église, se déshabiller et sortir nus sur la voie publique, s'emparer d'un objet quelconque, voler, frapper, tuer, se mutiler, etc. Revenus à eux, ils ne se souviennent de rien et apprennent avec consternation la scène qui vient de se passer et dont ils ont été les acteurs.

Malgré sa presque instantanéité, le vertige peut tout aussi rapidement et même plus rapidement que les manifestations plus importantes de l'épilepsie convulsive, être suivi de troubles mentaux de plus en plus graves aboutissant à une démence complète.

Il faut attacher une très grande importance à la reproduction identique, à chaque nouvelle crise, des actes automatiques accomplis. C'est là un signe absolument caractéristique de l'existence de l'épilepsie. Tel individu, par exemple, après chaque vertige, a pour spécialité de se déshabiller; tel autre de distribuer aux passants sa monnaie, ses gants, son mouchoir, son parapluie et son chapeau; telle autre de défaire ou de refaire son lit, de prononcer des paroles lubriques, toujours les mêmes, et de relever ses jupes devant tout le monde, etc.

Délires transitoires. Petit mal intellectuel (1). — Les troubles intellectuels momentanés que nous désignerons sous le nom de *Délires transitoires* peuvent précéder l'attaque, lui succéder ou la remplacer dans certains cas.

Quand il précède l'attaque, le trouble mental présente ordinairement l'aspect décrit précédemment dans les prodrômes, c'est une modification de l'humeur et du caractère, de la tristesse, une dépression anormale ou une excitation exagérée, de la fureur, des accès de violence contre les gens qui sont l'objet de la haine des malades ou de leur aversion. Dans cet état, ils sont jusqu'à un certain point conscients d'eux-mêmes et de ce qui se passe en eux, mais si l'intensité de ces symptômes s'accroît, l'excitation peut prendre les caractères d'un véritable délire inconscient, et leur fureur aveugle ne choisit plus sa victime: elle s'exerce sur le premier venu.

Les troubles intellectuels qui suivent l'attaque, quelle qu'en soit la forme, complète, incomplète, partielle, vertigineuse, constituent des délires d'une durée de quelques heures à quelques jours et dont les caractères sont en général bien tranchés et permettent d'en faire en toute assurance le diagnostic.

Les délires épileptiques transitoires ont un début et une terminaison brusques. Les malades sortent de leur délire comme d'un cauchemar, d'un rêve pénible. En général, tous les accès délirants observés chez un même malade, ont la même marche, la même physionomie, la même durée; on les dirait stéréotypés. Les auteurs insistent

(1) Voyez J. Falret, *Etat mental des épileptiques* (*Arch. de méd.*, 1860-61), et *Maladies mentales, Etudes cliniques;* Paris, 1889, p. 349.

avec raison sur ce caractère et le considèrent comme un des meilleurs signes distinctifs de la folie épileptique, quoiqu'il se rencontre dans certaines folies intermittentes d'origine vésanique. Dans quelques cas, au lieu de l'identité parfaite entre deux attaques, on ne constate que des analogies; enfin, mais plus rarement, les divers accès peuvent revêtir un aspect variable.

Un autre caractère presque pathognomonique des délires épileptiques transitoires, c'est l'abolition ou tout au moins l'obnubilation de la conscience. Tantôt l'abolition est absolue, le malade est un véritable automate, accomplissant mécaniquement les actes les plus extravagants ou les plus nuisibles. Tantôt il subsiste une demi-conscience, mais insuffisante pour lutter contre les impulsions dangereuses qui naissent dans l'esprit, contre le désir d'exercer une vengeance, de commettre un crime : tout en étant reconnu répréhensible, l'acte est commis irrésistiblement. C'est, ainsi qu'on l'a fait observer avec justesse (1), une véritable convulsion mentale analogue à celle de l'hypnotisé qui résiste d'abord à la suggestion, mais résiste de plus en plus mollement et finit par être vaincu, accomplissant avec soudaineté la suggestion imposée.

Suivant que la conscience est supprimée ou simplement obscurcie, il y a perte complète ou simple diminution du souvenir après l'accès délirant, mais même dans ce dernier cas qui n'est pas hypothétique, comme le prétendent certains auteurs, la mémoire est toujours trop obscurcie pour que le malade puisse reconstituer en entier les scènes de son délire ; ce n'est qu'une réminiscence vague, qui le plus souvent ne porte que sur une partie des incidents accomplis.

Le symptôme prédominant du délire épileptique est l'impulsion irrésistible. Elle est le plus souvent brusque, impérieuse, irréfléchie. « Elle éblouit, domine, fascine, supprime la volonté, arme le bras et immole. » Elle est quelquefois précédée d'une sensation morbide analogue à l'*aura*, ce qui permet au malade de prévenir qu'il va commettre un acte dangereux. A peine l'avertissement est-il poussé que le malade se précipite, comme mû par

(1) Burlureaux. *Dict. encycl. des sc. médic*, art. *Epilepsie*.

un ressort. L'impulsion épileptique est plus irrésistible que celle des fous avec conscience, et surtout que celles qu'on observe chez les idiots, les alcooliques, les hystériques, les femmes enceintes, les nouvelles accouchées et chez certains dégénérés.

Les malades tombent dans une sorte d'anxiété vague; en proie à une crainte indéfinissable, ils sortent de chez eux, errent sans but, tourmentés par une foule d'idées pénibles leur rappelant leur existence passée. Ils croient qu'on leur en veut, qu'on les persécute, qu'on les menace; et c'est alors que naissent en eux les impulsions que nous avons signalées. Ou bien dominés par des idées terrifiantes, poursuivis par des hallucinations de l'ouïe et de la vue, ils se croient entourés d'assassins, de gens armés qui se jettent sur eux pour les massacrer. Ils aperçoivent des météores éblouissants, se croient environnés de flammes, de cercles de fer, et tombent dans un affolement indescriptible. Sous l'influence de ces divers mobiles, les uns s'en prennent aux objets et pulvérisent tout ce qui est à leur portée, les autres se vengent sur leurs prétendus persécuteurs ou contre ceux qui font l'objet de leur haine; d'autres se tuent pour se délivrer de leurs craintes; d'autres enfin assouvissent leur fureur sur la première personne qu'ils rencontrent au moment où l'excès de leur terreur ou de leur anxiété ne leur permet plus de se maîtriser.

« Dans ce délire épileptique transitoire, plusieurs signes caractéristiques sont à retenir : le besoin automatique de mouvement et de fuite, la tendance instinctive et indéterminée à vagabonder inconsciemment, pieds nus, à peine vêtus, sans boire ni manger, dans n'importe quelle direction et à n'importe quelle heure; la fureur qui porte les malades à épuiser leur rage aveugle contre autrui ou contre eux-mêmes, à se frapper le crâne à coups de poings ou à se jeter tête baissée contre un mur; l'inutilité, la férocité et la multiplicité des agressions homicides; le nombre insolite des blessures, les victimes étant parfois déchiquetées, et l'absence ultérieure de tout regret et de tout remords (1). »

(1) Legrand du Saulle, *Etude médico-légale sur les épileptiques :* 1877.

Epilepsie larvée.— Les troubles vertigineux ou délirants peuvent représenter à eux seuls l'épilepsie tout entière, soit qu'ils remplacent l'attaque habituelle soit qu'ils surviennent chez des individus jusqu'alors indemnes de toute convulsion épileptique.

Les accès psychiques de cette maladie sont désignées sous le nom d'*épilepsie larvée* (1). On voit certains individus en apparence indemnes de mal comitial, éprouver plus ou moins périodiquement des anomalies intellectuelles transitoires accompagnées de la perte complète du souvenir. Chaque fois que leur mal les prend, ils commettent les mêmes actes excentriques, immoraux ou malfaisants; ils répètent les mêmes mots déplacés, les mêmes grossièretés, les mêmes injures; ils ont le même emportement, obéissent aux mêmes impulsions.

Ils sont pris subitement du même besoin automatique de marcher droit devant eux sans but, et quand ils reviennent à eux, ils se trouvent quelquefois à des distances énormes de leur domicile. Par exemple un jeune homme intelligent et riche éprouve trois ou quatre fois par an une sensation particulière à l'estomac, toujours la même, et en quelques secondes, il perd conscience de ses actes. Lorsqu'il revient à lui, au bout de quelques heures, parfois de quelques jours, il est fort surpris de se sentir harassé de fatigue, loin de chez lui, en chemin de fer ou en prison, les vêtements en désordre, couvert de poussière ou de boue, ne se souvenant de rien et trouvant dans ses poches des porte-monnaies, des portefeuilles, des bijoux, des foulards, des porte-cigares, des canifs, des couteaux, des dentelles, des billets de banque, de l'or, des sous, des lettres, du papier à cigarettes, des sondes en gomme, un hochet, une médaille de sauvetage, deux tabatières, un sifflet, des clefs et des cure-dents (2).

Le délire de l'épilepsie larvée ne diffère en rien de celui que nous avons décrit précédemment; ce sont les mêmes homicides sans motif, les mêmes incendies, les mêmes actes délictueux et criminels, toujours accompa-

(1) Legrand du Saulle, *Etude médico-légale sur les épileptiques*; 1877.

(2) Legrand du Saulle, *loc. cit.*

gnés d'inconscience, commis pendant une véritable absence plus ou moins courte.

Chose remarquable et qui justifie pleinement le diagnostic d'épilepsie en pareil cas, c'est que les individus qui appartiennent à cette catégorie finissent toujours par avoir, à un moment donné, des attaques épileptiques de forme ordinaire.

Enfin il convient de rapprocher des délires épileptiques dont ils ne diffèrent pas toujours, au point de vue clinique, certains troubles intellectuels que Lasègue a désignés sous le nom de *Délires par accès*, *délires épileptoïdes*, troubles intellectuels observés chez les cérébraux, c'est-à-dire chez des individus ayant subi un choc cérébral antérieur, d'une nature quelconque. Ces crises délirantes n'ont ni durée, ni forme obligées; au bout de quelques jours ou de quelques semaines, le malade en apparence guéri reprend sa vie habituelle. Elles peuvent se produire sous les aspects les plus divers. Parfois elles revêtent cependant une forme maniaque qui les rapproche plus de la paralysie générale que de l'épilepsie elle-même.

Le diagnostic de l'*épilepsie larvée* ou *épilepsie mentale* (Echeverria) repose non seulement sur l'ensemble des symptômes observés, mais encore sur les antécédents du malade, tels que l'existence chez les parents de l'épilepsie, d'autres névroses capitales, de l'alcoolisme; chez lui-même d'asymétries crâniennes et palatines; d'un caractère irascible et violent; de bizarreries, de dépravations morales, d'un développement incomplet de l'intelligence, de l'existence d'attaques convulsives pendant l'enfance, d'évanouissements, d'absences momentanées, d'incontinence nocturne d'urine, etc.

Folie épileptique. — La folie épileptique ne diffère du délire épileptique transitoire que nous venons de décrire que par sa plus longue durée, et par l'immixtion de conceptions délirantes se rattachant à la folie vésanique.

Les grands accès délirants des épileptiques succèdent en général à une série d'attaques; cependant ils peuvent se produire après un simple vertige ou même dans l'intervalle des accidents convulsifs.

Le début de la folie épileptique est brusque, à peine

précédé parfois pendant quelques heures, de tristesse, d'irritabilité, de céphalalgie, d'un éclat particulier des yeux, d'altération de la voix, quelquefois de vomissements ou de légers mouvements convulsifs de la face ou des membres. Elle s'accompagne presque toujours d'hallucinations terrifiantes suivies d'actes impulsifs, désordonnés et dangereux ; elle est inconsciente, ou tout au moins la conscience du malade est considérablement obscurcie et son état a quelque chose de l'état somnambulique.

Elle se présente sous les dehors de la manie, de la mélancolie ou du délire partiel.

L'*épileptique maniaque* a les traits effarés, le regard fixe et brillant, la face colorée ; il ne tient pas en place, gesticule, s'excite, querelle, menace, crie, déchire. Sous l'influence de ses hallucinations terrifiantes, il entre en frénésie et se rue sur tout ce qui l'entoure. Il est bien moins incohérent que le maniaque ordinaire ; on peut fixer son attention et obtenir de lui quelques mots raisonnables. C'est dans le cours de cet accès que l'on voit souvent le délire se circonscrire et affecter la forme partielle, mais le délire partiel peut éclater d'emblée. Il est tantôt de nature mystique, d'autres fois il revêt l'apparence d'un délire de persécution, d'un délire ambitieux ou d'un délire érotique. A chaque nouvel accès, il se reproduit avec la même physionomie et les mêmes caractères.

L'*épileptique mélancolique* est sombre, hébété, tragique, gardant un silence obstiné, en proie à une angoisse terrible mais vague. Les uns, cependant, ont des idées délirantes de ruine, de culpabilité, d'indignité, se croient perdus et s'abandonnent au plus violent désespoir. Chez les autres, la pensée est dans une inertie complète. Cette sorte de stupeur est entre-coupée d'impulsions automatiques d'autant plus dangereuses qu'elles sont alors inattendues.

L'accès peut durer de quelques jours à plusieurs semaines; il se termine brusquement, comme il a commencé. Triste, silencieux, timide, presque stupide, le malade semble écrasé; ses traits portent l'empreinte d'une fatigue énorme, ses mains tremblent; ce n'est que peu à peu qu'il reprend possession de lui-même.

Les actes dangereux commis dans la folie épileptique sont les mêmes que ceux accomplis dans le délire transitoire et présentent les mêmes caractères cliniques. Poussés par la haine, le désespoir, la fureur, les malades cèdent inconsciemment aux impulsions qui surgissent dans leur esprit et qui les poussent à l'homicide, au suicide, au vol, à l'incendie, etc. Leur fureur homicide s'exerce tantôt sur leurs proches, leurs amis, tantôt sur le premier venu qui se présente à eux. Ils se précipitent sur leur victime, la frappent à coups redoublés, puis tournant leur rage contre ceux qui approchent, ils les abattent successivement jusqu'à ce qu'on les ait réduits à l'impuissance. L'acte violent une fois exécuté amène parfois un sentiment de détente, de soulagement, mais ne provoque ni regrets, ni remords.

Le suicide volontaire chez les épileptiques est rare ; il n'en est pas de même des tentatives subites et inconscientes qui peuvent se renouveler périodiquement et sont souvent suivies de leur plein effet.

Coexistence de l'épilepsie et des diverses formes mentales. — Certains épileptiques peuvent présenter, en dehors et dans l'intervalle des attaques, un désordre mental identique à celui des aliénés ordinaires. Selon Magnan, ces états complexes résultent de la coexistence, chez le même individu, de l'épilepsie et d'une vésanie, et ont une origine distincte qu'ils puisent dans les antécédents héréditaires du malade. Ainsi on rencontre des épileptiques atteints de délire de persécution, de mélancolie, de folie ambitieuse ou mystique. Si on interroge leur généalogie, on voit que l'un des parents était lui-même épileptique, et l'autre un aliéné ordinaire. Les deux ordres de troubles nerveux marchent parallèlement et ne s'influencent que faiblement l'un l'autre : le bromure de potassium, par exemple, pourra faire disparaître l'épilepsie, sans que la folie cesse de poursuivre son évolution régulière.

L'alcoolisme peut également s'associer à l'épilepsie, tout en conservant ses caractères, et l'on verra chez le même malade alterner le délire alcoolique et le délire épileptique.

Cependant il importe de spécifier que l'épilepsie des

alcooliques peut relever de deux ordres de causes : 1° de l'hérédité épileptique ; 2° de l'intoxication alcoolique elle-même. D'une part les excès alcooliques font naître le mal comitial chez les individus prédisposés, ce qui explique un certain nombre d'épilepsies tardives qui ont cependant tous les caractères de l'épilepsie idiopathique, bien que nées sous l'influence de l'alcool. D'autre part, l'intoxication alcoolique aiguë ou chronique peut se compléter d'attaques épileptiformes passagères auxquelles la constitution primitive de l'individu est absolument étrangère.

On a signalé aussi la coexistence chez un même individu de l'épilepsie et de la paralysie générale (A. Voisin, Legrand du Saulle). Cette épilepsie ne doit pas être confondue avec les attaques épileptiformes de la paralysie générale. Elle consiste dans des accès véritables de grand mal pouvant survenir dans le cours de la maladie, dans sa période prodromique ou même plusieurs années avant l'apparition des premiers symptômes. Elle est assez rare, eu égard à la grande fréquence de la paralysie générale ; a tous les caractères de l'attaque ordinaire et peut être suivie des mêmes troubles psychiques. Nous croyons toutefois qu'il ne s'agit dans les cas signalés que d'épilepsie symptomatique. Il serait pourtant excessif de prétendre qu'un individu atteint d'épilepsie vraie ne peut être atteint en même temps de paralysie générale.

Etat mental habituel des épileptiques. — L'irritabilité est le trait saillant du caractère des épileptiques. Un mot, un geste, suffit pour les jeter dans une violente colère. Querelleurs, soupçonneux, ils sont toujours prêts à se porter aux dernières extrémités. En même temps, certaines de leurs dispositions morales font le contraste le plus tranché avec leur tendance à la colère ; ils sont timides, craintifs, cauteleux, obséquieux, caressants, complimenteurs (1). Ils viennent à vous d'un air soumis, approchent leur figure de la vôtre, vous parlent comme s'ils avaient un grand secret à vous communiquer, tandis qu'ils n'ont que des plaintes et des récriminations fausses ou

(1) J. Falret. *De l'état mental des épileptiques (Archiv. gén. de méd.*, 1860-1861). et *Maladies mentales;* Paris, 1889.

tout au moins exagérées à faire entendre. Ils savent arranger avec assez de vraisemblance leurs réclamations pour les faire accepter des étrangers. Conscients de leur infirmité, de la gravité de leur maladie, ils évitent instinctivement les autres aliénés, se lient entr'eux et se secourent les uns les autres avec un dévouement véritable. Cependant, au fond, ils sont misanthropes, égoïstes, et l'exagération de leur sensibilité affective est toute de surface et plus apparente que réelle.

Démence. — L'épilepsie exerce, à la longue, l'influence la plus funeste sur le degré d'énergie des facultés intellectuelles ; la mémoire s'affaiblit, l'attention se perd, tout travail intellectuel fructueux devient impossible. Chaque accès nouveau amène une aggravation de cette démence progressive qui présente certaines nuances spéciales.

La mémoire, en effet, s'y trouve la moins atteinte, et n'est pas en rapport avec l'affaiblissemont des autres facultés. Ce sont les vertiges et les autres manifestations incomplètes de l'épilepsie qui la déterminent le plus rapidement, sans doute en raison de la répétition incessante de ces accidents ; et il est probable que des attaques aussi nombreuses du grand mal améneraient encore bien plus sûrement et plus rapidement, si elles étaient possibles, la déchéance des diverses fonctions intellectuelles.

La démence peut exister seule chez les épileptiques, mais elle s'associe aussi fréquemment à des troubles chroniques de l'intelligence, à des tendances mystiques ou hypocondriaques. Peu à peu, ces particularités psychiques disparaissent elles-mêmes, et arrivés au dernier degré de la démence, les malades en sont réduits à une existence purement végétative jusqu'à ce qu'ils succombent à quelque accident congestif.

Idiotie. — D'après les auteurs, chez trois enfants idiots, on en trouve un épileptique. Chez eux l'épilepsie est le plus souvent symptomatique, et est le résultat des lésions laissées par l'encéphalite. On ne peut toujours cependant la rattacher à cette cause, et certains jeunes enfants deviennent épileptiques en dehors de toute lésion inflammatoire des centres nerveux.

§ 4. — Anatomie et physiologie pathologiques

L'épilepsie n'est pas le résultat d'une lésion anatomique déterminée. Les nombreuses lésions que l'on trouve à l'autopsie des épileptiques sont tantôt primitives, tantôt secondaires.

Les lésions *primitives*, qui agissent comme cause déterminante ou prédisposante, sont : 1° les déformations spontanées de la base du crâne ayant pour conséquence la compression du cerveau et l'irritation consécutive du bulbe; les déformations et l'atrésie du trou occipital; 2° les tumeurs du crâne ou du cerveau, les fongus, les tubercules, les syphilômes, les exostoses, les gommes; 3° Les fractures du crâne avec enfoncement et saillies intra-crâniennes; les lésions du rocher; 4° les lésions du cerveau, tantôt diffuses, le plus souvent en foyer; les hématômes de la dure-mère, les concrétions méningées, etc.; 5° certaines lésions éloignées qui agissent par action réflexe : blessures des nerfs, irritation de ces conducteurs par des corps étrangers, des névrômes, des tumeurs; enfin la présence de vers intestinaux dans le tube digestif.

Les lésions anatomiques *secondaires*, c'est-à-dire résultant de la répétition des attaques, siègent dans le bulbe, la moelle; dans le cerveau, le cervelet, les méninges, les os crâniens. On trouve dans ces divers centres nerveux des foyers d'hypérémie, des dilatations vasculaires, des dégénérescence granulo-graisseuses, et surtout des scléroses. Le siège de prédilection de ces dernières occupe la corne d'Ammon et l'induration de cette région se rencontre dans la majorité des cas. Dans la moelle, la sclérose occupe surtout les cordons antérieurs qui sont devenus fermes et résistants (A. Voisin). Les méninges rachidiennes présentent souvent des plaques blanchâtres irrégulières, d'apparence fibro-cartilagineuse; les cerveaux d'épileptiques francs présentent le plus souvent une inégalité de poids des hémisphères dépassant ordinairement vingt grammes et pouvant s'élever à un chiffre beaucoup plus considérable, sans qu'il y ait de lésion macroscopique des centres nerveux.

Chez ces mêmes malades, les os du crâne présentent parfois une hypertrophie énorme qui peut porter leur épaisseur à plus d'un centimètre.

Les théories qui ont été émises pour expliquer la production de l'épilepsie peuvent se rattacher à trois chefs : 1° Troubles de la circulation encéphalique ; 2° altération du liquide sanguin; 3° exagération du pouvoir réflexe ou excito-moteur de la moelle allongée.

1° (*a*) La théorie de l'anémie cérébrale (Tenner, Kussmaul) est fondée sur ce fait, que la ligature des carotides et les saignées abondantes déterminent des convulsions chez les animaux, et aussi sur la pâleur qui envahit le visage au moment même du début de l'attaque. Mais l'examen du fond de l'œil pendant l'attaque ou le vertige a prouvé à Magnan que loin d'être contracturés, les capillaires du cerveau subissent une dilatation subite et considérable. L'expérimentation sur les animaux a en outre démontré qu'au moment de l'attaque, le sang fait subitement irruption dans les vaisseaux cérébraux.

(*b*) La théorie de la congestion cérébrale, la plus anciennement acceptée, n'est pas davantage satisfaisante, car de nombreux faits démontrent que l'hypérémie cérébrale n'entraîne pas nécessairement les convulsions, et qu'au surplus la circulation encéphalique est soumise en tous temps à des fluctuations énormes, absolument silencieuses (Mosso).

2° La théorie de l'altération du sang (Tood, Paulet) repose sur ce fait que l'accès épileptique serait précédé de l'accumulation dans le sang d'un poison morbide fabriqué par l'organisme. Elle ne repose que sur une hypothèse.

3° La troisième théorie, basée sur l'exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle (Marshall Hall) est aujourd'hui la plus généralement admise.

D'après cette théorie, l'irritation périphérique ou centrale déterminée par une des lésions primitives précédemment énumérées, se propage au bulbe qui y répond par des manifestations convulsives. Ces dernières seront d'autant plus intenses que l'excitabilité du sujet sera plus grande. Aussi, chez un sujet très excitable, une irritation très légère suffira à déterminer des convulsions

intenses, tandis que chez un sujet peu excitable, une irritation même plus forte pourra demeurer inefficace.

L'habitude morbide ayant pour propriété d'exagérer l'aptitude à tomber en convulsion, il en résulte que plus la maladie progresse, et plus le retour des attaques devient fatal, inéluctable.

L'épilepsie toxique, alcoolique, absinthique, saturnine, etc., n'échappe pas à cette théorie. Dans ce cas, le poison agit directement sur les centres excito-moteurs, où il est transporté par la circulation.

Les différentes phases de l'attaque épileptique donnent lieu aux quelques considérations physiologiques suivantes :

L'aura, de quelque nature qu'elle soit, semble le plus souvent d'origine centrale, bien que la sensation qui la constitue se transporte à la périphérie. C'est de ce point moteur, sensitif, sensoriel ou psychique que part l'irritation qui va éveiller le pouvoir excito-moteur de la moelle allongée.

La pâleur et la perte de connaissance sont déterminées par une irritation des vaso-moteurs provenant du grand sympathique, qui lui-même tire son innervation du bulle rachidien.

Le cri est produit par l'expiration brusque à travers la glotte, de l'air contenu dans les poumons.

Les convulsions générales proviennent de l'excitation transmise par le bulle aux nerfs moteurs de la base du crâne, facial, hypoglosse, maxillaire inférieur et aux nerfs émanés de la moelle épinière.

Le coma est dû à un état congestif du cerveau ; peut-être aussi, en partie à l'épuisement nerveux.

L'émission de l'urine et du sperme résulte d'une excitation particulièrement intense des portions lombaires et sacrées de la moelle.

Enfin la tension artérielle du début de l'attaque résulte d'une excitation des filets sympathiques des vaisseaux artériels qui en provoquent la rigidité et la contraction. Bientôt cette stimulation est remplacée par une paralysie: alors les vaisseaux se relâchent, et de petit et dur qu'il était, le pouls devient ample, mou et dicrote. Les tracés sphygmographiques pris pendant l'attaque elle-même

mettent bien en évidence ces diverses modifications circulatoires.

Fig. 8. — Epileptique homme. Tracé pris pendant la période de stertor.

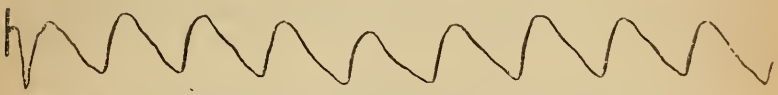

Fig. 9. — Cinq minutes après l'attaque.

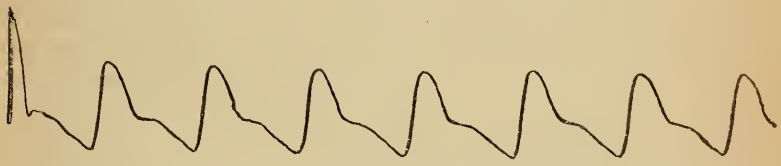

Fig. 10. — Quinze à vingt minutes après l'attaque.

Fig. 11. — Etat normal.

§ 5.— Diagnostic

L'extrême variété des formes de l'épilepsie en rend le diagnostic parfois difficile. Si chez le même malade on peut voir alterner les grandes attaques, les attaques incomplètes, les vertiges, les absences et les accès de délire, on rencontre aussi des cas nombreux où un seul de ces accidents se manifeste ; et c'est alors qu'on peut en méconnaître la nature si on ne possède pas complètement la symptomatologie complexe de la maladie.

L'épilepsie, surtout lorsque les accès sont nocturnes, peut être longtemps ignorée du malade et de la famille. On peut établir un diagnostic rétrospectif à l'aide des indices suivantes : 1° morsure de la langue ; 2° petites

ecchymoses ponctuées de la face; 3° taches de salive sanguinolente sur l'oreiller et souillure du lit par l'urine.

Le *vertige épileptique* se différencie des vertiges goutteux, rhumatismaux, gastriques, oculaires, par ce signe qui lui est propre : la perte de connaissance. Dans le vertige de Ménière, la perte de connaissance est exceptionnelle, l'étourdissement se prolonge des heures, des jours entiers, les paroxysmes sont accompagnés de vomissements et il existe des troubles de la sensibilité, de la station et de la locomotion complètement étrangers à l'épilepsie.

L'*attaque épileptique apoplectiforme* est souvent méconnue et prise pour une attaque congestive simple, mais les anamnestiques permettent le plus souvent de rectifier le diagnostic. L'individu qui a une attaque apoplectique de nature épileptique a en effet des absences diurnes, il se mord la langue, on constate sur sa face le piqueté ecchymotique : les attaques se répètent de temps en temps sans entraîner de complications graves du côté de la motilité ou de l'intelligence.

L'*éclampsie* se distingue de l'épilepsie par les circonstances concomitantes : grossesse, accouchement, albuminurie, dentition, début d'une fièvre éruptive. En outre, l'éclampsie se présente sous une forme aiguë, s'accompagne souvent de fièvre, et ne laisse pas entre les crises d'intervalle de santé parfaite. Toutefois chez les enfants, l'attaque éclamptique est souvent le premier acte d'une épilepsie destinée à se développer ultérieurement.

L'*hystérie*, au moins sous sa forme convulsive est facile à distinguer de l'épilepsie. L'attaque, dans cette dernière, est nettement caractérisée par son cri unique, la soudaineté de la perte de connaissance, la pâleur de la face bientôt suivie de lividité, l'aspect repoussant des traits, la roideur et les secousses générales, l'écume à la bouche, la morsure de la langue, le coma, le stertor et la stupeur consécutive. Dans l'attaque hystérique, la durée est beaucoup plus longue, le désordre des actes est d'une nature toute différente, il n'y a pas d'asphyxie, les traits n'ont rien de grimaçant, il y a des plaintes, des sanglots, les mains se portent à la gorge comme pour se débarrasser d'un obstacle ; il n'y a ni coma, ni stertor, ni stupeur

consécutive. La perte de connaissance, quand elle existe, n'a lieu que tout à fait au début de l'attaque, et l'hystérique, même au milieu des convulsions, a la conscience de ce qui se passe et peut rendre un compte exact de ce qu'on a dit ou fait autour d'elle. Enfin l'attaque hystérique peut être interrompue à toutes ses périodes par la compression des ovaires, et provoquée à volonté par l'excitation des zones hystérogènes.

L'hystérie peut exister chez un individu en même temps que l'épilepsie (Beau, Esquirol, Landouzy, Briquet, Dunant). On peut donc en quelque sorte admettre l'existence de deux sortes d'*hystéro-épilepsie*: l'une qui correspond au type de Charcot et qui n'est que le degré le plus intense de l'hystérie, l'autre qui est constituée par la présence chez le même malade d'attaques épileptiques et d'attaques hystériques séparées.

Les divers modes de coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie, lorsque les manifestations des deux névroses restent distinctes, ont été ainsi résumés par Charcot: 1° hystérie survenant chez un sujet déjà épileptique ; 2° accès d'épilepsie survenant chez un sujet préalablement hystérique; 3° hystérie convulsive coexistant avec des vertiges épileptiques; 4° épilepsie se surajoutant à des accidents d'hystérie non convulsive (contracture, anesthésie, etc.) (1).

L'*épilepsie alcoolique* et *l'épilepsie saturnine* seront reconnues à la présence des symptômes concomitants dénotant l'intoxication.

L'*épilepsie symptomatique* des tumeurs cérébrales ne sera le plus souvent diagnostiquée que par exclusion, car on ne peut guère compter pour s'éclairer, ni sur les antécédents héréditaires, ni sur la présence de néoplasmes ou de tubercules dans les autres organes. Les tumeurs cérébrales cependant donnent habituellement naissance à des symptômes étrangers à l'épilepsie qui peuvent mettre sur la voie. Pour l'*épilepsie syphilitique*, on devra se reporter aux antécédents bien constatés. L'épileptique syphilitique n'a jamais moins de trente ans ; longtemps après sa première attaque, il a éprouvé des malaises, des

(1) Charcot, *Leç. sur les mal. du système nerveux*: 1877.

céphalées; il a eu des accidents syphilitiques multiples, des éruptions, de l'alopécie, des exostoses. Aux accès comitiaux ne tardent pas à s'ajouter des manifestations cérébrales variées, un affaiblissement progressif de l'intelligence, des paralysies transitoires, des accès d'excitation maniaque, des paralysies oculaires. Presque toujours l'épilepsie jacksonnienne précède les grandes attaques ou alterne avec elles. Enfin le traitement spécifique a une action rapide et en général décisive. Cependant les erreurs sont possibles, et au dire de Fournier, maintes fois la syphilis cérébrale à début épileptique a été confondue avec l'épilepsie essentielle névrosique.

Disons en terminant qu'en cas de doute sur la nature symptomatique ou idiopathique de l'épilepsie, on devra s'attacher avec le plus grand soin à l'examen de la face et de la boîte cranienne. Nous n'hésitons pas à dire que notre expérience personnelle est absolument confirmative des idées de Lasègue sur l'importance des déformations de la base du crâne comme cause efficiente de l'épilepsie.

Le diagnostic de l'*épilepsie simulée* est souvent des plus délicats. Toutefois, le simulateur peut bien imiter la chute, les convulsions, la rougeur de la face, la salivation, l'urination, mais il ne peut reproduire la pâleur de la face, la dilatation et l'insensibilité des pupilles, l'insensibilité des téguments et des muqueuses. Il faut encore remarquer que l'épileptique tombe partout indistinctement et qu'il se blesse, ce qui n'arrive pas aux simulateurs; qu'il reste toujours obtus et hébété à la suite de l'attaque, qu'il porte parfois de petits ecchymoses ponctuées sur la face, autour des yeux et que son pouls présente des caractères qu'il est impossible de simuler.

§ 6. — Pronostic

L'épilepsie est une affection grave, ordinairement incurable, et dont les conséquences se font sentir non seulement au malade lui-même, mais à son entourage et à sa descendance. Elle empoisonne la vie des malades, les expose à de nombreux accidents quelquefois mortels, les conduit à la folie et à la démence, les pousse à commettre les actes les plus dangereux, les plus nuisibles, et les

expose à n'engendrer que des idiots ou des convulsifs.

Cependant quelques circonstances favorables atténuent légèrement la gravité générale du pronostic : 1° l'épilepsie guérit quelquefois spontanément ; 2° elle peut dans une proportion assez considérable être atténuée, enrayée ou guérie définitivement par un traitement bien dirigé ; 3° elle est sujette à des rémissions prolongées dont la production échappe en général à toute prévision.

L'épilepsie vertigineuse est moins dangereuse que l'épilepsie à grandes attaques, mais elle est beaucoup plus rebelle au traitement ; de même, l'épilepsie qui ne se traduit que par des phénomènes psychiques est plus difficile à modifier que l'épilepsie convulsive.

Quand les attaques, les vertiges et les absences se manifestent chez le même individu, la maladie est plus grave que lorsqu'elle ne se manifeste que sous l'une de ces formes.

Au point de vue de la conservation des facultés intellectuelles, l'épilepsie nocturne paraît moins grave que l'épilepsie diurne, et comme nous l'avons déjà dit précédemment, les vertiges provoquent plus rapidement la démence que les grands accès convulsifs.

Les épilepsies toxiques peuvent disparaître en même temps que l'intoxication qui leur a donné naissance.

Les épilepsies traumatiques cèdent parfois à la suite d'une opération chirurgicale, comme l'application du trépan.

L'épilepsie syphilitique cède ordinairement au traitement spécifique. Toutefois, si elle est d'origine ancienne et compliquée d'autres troubles cérébraux, les résultats deviennent de plus en plus incertains.

§ 7. — Traitement

En présence de la multiplicité des modes de traitement employés à peu près sans succès dans l'épilepsie, bon nombre d'auteurs ont conclu à l'expectation, et ce n'est que depuis l'emploi des bromures que l'on est revenu à une intervention active.

Les bromures les plus employés sont : les bromures de potassium, d'ammonium, de sodium, de calcium, de lithium. Les deux premiers sont les plus efficaces. Puis

vient le monobromure de camphre, vanté dans l'épilepsie vertigineuse et l'état de mal; le bromure d'arsenic, de zinc, de nickel, d'éthyle, employé en inhalations.

Le bromure de potassium est le plus employé et compte le plus de succès. On le donne pour commencer à la dose de 1 gramme qu'on augmente tous les huit ou quinze jours de 1 gramme ou de 50 centigrammes. Dès qu'on arrive à la dose de 4 grammes, on constate en général la diminution des attaques. Il faut souvent la dose de 5 à 10 grammes pour obtenir un résultat complet. Si l'on veut obtenir un effet durable sur la marche de la maladie, il faut prolonger très longtemps l'action du médicament.

D'après J. Falret (1), les effets thérapeutiques du bromure de potassium sont les suivants : chez la moitié des malades traités, on n'obtient aucun résultat; de la seconde moitié, la partie la plus nombreuse éprouve une diminution notable dans la fréquence des attaques ; chez les autres, la suspension des accidents épileptiques est complète.

Les cas où il existe de l'hémiplégie ou des symptômes indiquant une lésion organique cérébrale sont moins favorables que les cas d'épilepsie essentielle ; les malades qui présentent un trouble mental profond sont également plus rebelles ; ceux qui ont des vertiges et des absences sont plus difficiles à guérir que ceux qui n'ont que de grandes attaques.

Voici, d'après le même auteur, dans quel ordre les accidents disparaissent ou sont susceptibles d'être amendés.

(*a*) Les attaques de nuit disparaissent plus vite que les attaques de jour.

(*b*) Les malades ayant des accès d'agitation maniaque voient ces accès cesser avant les attaques épileptiques.

(*c*) Les grandes attaques diminuent d'abord de fréquence et d'intensité avant de disparaître complètement.

(*d*) La plupart des malades très notablement améliorés conservent encore trois ou quatre attaques par an.

(*e*) Les grandes attaques cessent avant les absences et les vertiges.

(1) J. Falret, *Annales méd. psych.*: 1871.

(*f*) Les absences et les vertiges sont les symptômes qui résistent le plus longtemps.

Le traitement bromique expose les malades à des accidents de diverse nature. Le premier symptôme de bromisme est l'anesthésie du voile du palais, l'abolition de la nausée réflexe; puis survient de l'irritation de la gorge, des éruptions cutanées, de l'acné de la face, des épaules et du dos, de la dyspepsie et parfois des vomissements.

L'haleine prend une fétidité spéciale repousssante, les aptitudes génésiques ne tardent pas à être abolies, et le malade maigrit dans d'assez fortes proportions. L'intoxication poussée un peu loin produit des accidents aigus et chroniques. Le bromisme aigu, facilement curable, consiste en une sorte d'ivresse avec rougeur de la langue. Le bromisme chronique s'annonce par de la pâleur de la face, un amaigrissement considérable, de l'hébétude, une adynamie progressive et parfois du délire, du coma et la mort si la médication n'est pas suspendue à temps.

D'autres inconvénients graves résultent parfois de l'emploi du bromure de potassium chez les épileptiques. Au fur et à mesure que les accidents épileptiques diminuent, le caractère des malades devient plus insupportable. Dans quelques cas, en supprimant les attaques, il donne naissance à des accès de manie furieuse. Si pour une cause quelconque on est obligé de suspendre la médication, on voit les attaques revenir avec une intensité beaucoup plus forte qu'auparavant.

Parmi les médicaments utiles employés encore contre l'épilepsie, il faut citer la belladone, soit seule (Trousseau), soit associée au bromure. On l'a surtout vantée dans le petit mal et les formes incomplètes de la maladie et son effiaacité en certains cas n'est pas douteuse. On peut employer l'extrait de belladone jusqu'à la dose de 20 centigrammes ou l'atropine jusqu'au chiffre de 4 à 5 milligrammes. L'oxyde de zinc soit seul, soit aussi associé au bromure, se montre quelquefois utile; on peut administrer progressivement jusqu'à 2 et 3 grammes de ce médicament.

Une foule d'autres substances médicamenteuses ont été vantées, principalement par les auteurs qui les ont essayées les premiers, mais leur efficacité est moins

démontrée. Nous citerons particulièrement le borax, employé surtout en Angleterre ; la picrotoxine, le curare, le chanvre indien, etc.

L'épilepsie symptomatique réclame un traitement qui soit en rapport avec la cause des accidents convulsifs : ainsi l'épilepsie syphilitique sera combattue par le traitement spécifique ; l'épilepsie toxique par les moyens habituellement opposés aux intoxications ; l'épilepsie vermineuse par les anthelminthiques, les épilepsies symptomatiques d'une fracture, d'un enfoncement du crâne, d'une tumeur, par la trépanation (1).

Au traitement spécial de la maladie selon les indications, il convient de joindre une bonne hygiène, le repos du cerveau et du système nerveux, une vie régulière, exempte d'excès sexuels et surtout alcooliques.

La folie épileptique doit être combattue par le bromure de potassium à haute dose, surtout lorsqu'elle affecte la forme maniaque. La forme mélancolique est souvent réfractaire à ce médicament et en semble même parfois aggravée. Dans ce cas, il faut recourir au chloral, qui procure presque toujours une amélioration rapide. Les préceptes généraux que nous avons émis au sujet du traitement de la folie en général doivent toujours être observés. Les impulsions irrésistibles des épileptiques demandent des précautions spéciales ; elles sont tellement imprévues qu'il n'est pas rare de voir des malades se livrer instantanément à des tentatives de suicide, qui réussissent d'autant plus souvent qu'on n'a pas songé à prendre les précautions usitées habituellement vis-à-vis des malades qui manifestent des tendances de cette nature.

L'*état de mal* réclame une médication antiphlogistique énergique. En administrant dès le début une forte dose de chloral, on réussit souvent à enrayer le mal et à interrompre la série d'attaques. Ce moyen, exempt d'ailleurs d'inconvénients, ne doit pas être négligé, en raison de la gravité des accidents qu'il s'agit de combattre.

(1) G. Ballet, Péan et Gélineau, *Epilepsie symptomatique d'une tumeur guérie par la trépanation et l'extirpation*. (*Académie de médecine*, séance du 19 février 1889.)

CHAPITRE II

HYSTÉRIE

§ 1er. — Définition

La névrose générale désignée sous le nom d'*hystérie* présente une symptomatologie excessivement touffue en même temps que très mobile : elle atteint successivement ou simultanément toutes les grandes fonctions du système nerveux, la motilité, la sensibilité et l'intelligence. Ce sont surtout les troubles de cette dernière que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre.

Cependant, comme les troubles délirants ou vésaniques ne sont pas constants dans l'hystérie, et qu'à eux seuls ils ne sauraient suffire dans beaucoup de cas à caractériser cette maladie, il sera nécessaire de faire une revue rapide de tous les symptômes qui la constituent à l'état complet.

§ 2. — Etiologie

L'étiologie de l'hystérie intéresse d'autant plus le manigraphe qu'il existe de nombreuses connexions entre l'origine de cette névrose et celle de l'aliénation mentale, surtout au point de vue de l'hérédité morbide.

L'*hérédité* est en effet la plus importante des causes prédisposantes de l'hystérie. La forme similaire est extrêmement fréquente : d'après les statistiques de Briquet, 100 mères hystériques ont transmis leur maladie à un peu plus de 50 filles. Bernutz a vu une mère avoir six filles hystériques. Sur 209 cas, Hammond a trouvé des mères, des tantes ou des grands parents hystériques, chez 131 malades. Dans les deux premières catégories d'observations du travail de Moreau (de Tours) sur la Folie hystérique, on trouve pour 25 sujets atteints de cette maladie, 45 cas d'hérédité nerveuse ; sur ces 45 cas, 25 sont constitués par l'hystérie convulsive, l'hystéro-

épilepsie ou l'hystérie diffuse ; 20 seulement appartiennent à d'autres variétés de maladies nerveuses.

En dehors de l'hérédité similaire, on rencontre encore plus fréquemment l'hérédité névropathique générale, et c'est avec raison que Georget a pu dire que les prédisposés à l'hystérie sont issus non seulement d'hystériques, mais encore d'épileptiques, d'hypocondriaques, d'aliénés, de sourds-muets et d'individus atteints d'affections organiques du système nerveux. Cette communauté d'origine de l'hystérie et des diverses maladies nerveuses en général ressort encore plus si l'on étudie les antécédents des hystériques mâles, et les observations étudiées par Déjerine, montrent que l'alcoolisme, l'hystérie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, le suicide, le nervosisme, l'excentricité, la chorée, la maladie de Basedow, l'ataxie locomotrice se rencontrent dans les familles en même temps que l'hystérie elle-même, de sorte qu'on peut dire que cette maladie est la plus héréditaire des névroses.

Enfin une statistique récente confirme amplement les résultats des observateurs précédents. Batault (1), sur 218 cas d'hystérie mâle, a trouvé 100 fois des antécédents héréditaires, et 77 fois des antécédents névropathiques ; ces 77 hystériques appartiennent à 75 familles : l'hérédité est directe dans 56 cas. Sur 35 mères névropathiques, on en trouve 16 d'hystériques, 17 d'impressionnables, névralgiques ou migraineuses, 2 épileptiques. Sur 12 fois où le père et la mère sont névropathiques, il y a 3 mères hystériques, les autres nerveuses, atteintes de tics, de torticolis spamodique, de chorée ; les pères sont impressionnables, épileptiques, choréiques, aliénés.

L'influence du *sexe* est prédominante, sans être auss exclusive pourtant que le supposaient les anciens. D'après Briquet, il y aurait 20 femmes hystériques contre 1 homme seulement. Les études entreprises depuis quelque temps sur l'hystérie masculine permettent de croire, sans qu'on puisse toutefois s'appuyer sur des documents positifs, que cette proportion est trop faible.

L'importance de l'*âge* est secondaire ; l'hystérie se développe à tout âge. Briquet, sur 430 observations cite

(1) Batault, Thèse de Paris, 1885.

87 cas d'hystérie de l'enfance; Landouzy en cite 48 cas développés entre 10 et 15 ans. Cependant, l'ensemble des statistiques sur ce sujet montre que c'est entre 10 et 20 ans, c'est-à-dire à l'époque de la puberté, qu'éclate le plus grand nombre des cas d'hystérie. Après 20 ans, ils diminuent de fréquence.

On voit souvent cependant la maladie apparaître à la ménopause; mais la plupart du temps, il ne s'agit que du réveil d'une maladie assoupie depuis plus ou moins longtemps. On peut donc dire, avec Grasset, que si la puberté est l'âge de prédilection pour la naissance de l'hystérie, la ménopause est un âge de prédilection pour la résurrection de la névrose (1).

Au delà de cette période de la vie, l'hystérie devient une exception.

L'hystérie mâle ne fait pas exception à cette règle; au point de vue de l'âge, les 192 cas de Batault déjà cités se répartissent de la manière suivante:

De 0 à 10 ans	(cas minimum 2 ans, 9 mois)		10 cas.
10 à 20 ans	—	—	78 —
20 à 30 ans	—	—	60 —
30 à 40 ans	—	—	27 —
40 à 50 ans	—	—	11 —
50 à 60 ans	—	—	6 —

Il existe d'importants liens de parenté entre l'hystérie et certaines maladies *diathésiques*, principalement l'arthritis (Charcot, Huchard, Boinet, Déjerine) et la tuberculose (Grasset). Charcot a montré que les femmes goutteuses avaient souvent des accidents hystériformes; Durand, Souza-Leite, ont étudié les relations de l'hystérie et du rhumatisme articulaire aigu; Fournier a prouvé que la syphilis tantôt réveille une hystérie éteinte, tantôt la fait naître de toutes pièces, alors qu'elle n'existait pas auparavant.

Il n'y a pas, comme l'ont prétendu contradictoirement certains auteurs, de constitution physique spéciale aux hystériques. « La maladie, dit Hammond, prend les femmes comme elle les trouve, blondes ou brunes,

(1) Grasset, *Des maladies du système nerveux*; 1881.

grasses ou maigres, fortes ou faibles, grandes ou petites, colorées ou pâles. Quelques femmes hystériques ont les traits du visage délicats et l'esprit fin, mais il en est d'autres dont le visage lourd et massif reflète la stupidité. » On pourrait en dire autant des hommes.

Aucun *climat* ne semble prédisposer à la maladie, et l'hystérie s'observe sous toutes les latitudes.

Aucune *condition sociale* n'est plus particulièrement favorable au développement de cette névrose. Elle frappe les pauvres et les riches en proportion des peines morales qu'ils sont appelés à subir. Si la misère a une action évidente, la vie molle et oisive, une éducation efféminée n'en ont pas moins.

Depuis l'antiquité, on a fait jouer un rôle prédominant dans la genèse de l'hystérie à l'*abstinence des rapports sexuels*. Il est possible que dans quelques cas les besoins génitaux naturellement ou artificiellement excités et non satisfaits soient une cause de prédisposition à l'hystérie, mais ce doit assurément être un exception. Les femmes veuves ne sont pas plus que les autres exposées à l'hystérie ; cette maladie, d'ailleurs, qui est rare après trente ans, éclate dans un cinquième des cas avant la puberté et elle n'est pas plus commune chez les personnes qui par état vivent dans la continence que chez les autres. Bien plus, Parent-Duchâtelet a constaté que la moitié des filles publiques étaient hystériques.

La *menstruation* ne semble avoir de l'influence sur le développement de l'hystérie que dans un nombre restreint de cas. Selon Huchard : 1° l'hystérie peut se montrer longtemps avant la nubilité ou après la ménopause ; 2° elle n'est pas incompatible avec la persistance d'une menstruation régulière ; 3° chez un certain nombre de femmes, la diminution ou l'arrêt du flux menstruel dispose à cette affection. Cependant le retour des règles a une influence positive sur le retour des accidents hystériques.

Les *affections* des *organes génitaux* ne causent que rarement l'hystérie, cependant on note dans quelques cas cette influence étiologique. Il est à remarquer que ce sont plutôt les affections légères que les maladies graves de ces organes qui provoquent l'explosion de la névrose.

Les *causes morales* ont une influence considérable, soit

qu'elles agissent brusquement, comme les émotions vives, soit qu'elles soient permanentes et chroniques. La première attaque hystérique se développe souvent à la suite d'une peur, d'un accident, d'une agression soudaine. Les chagrins prolongés, les dissentions domestiques, le malheur dans le mariage ont une action plus lente, mais certaine et plus efficace.

Les *traumatismes* chez les individus prédisposés, sont souvent le point de départ d'accidents hystériques locaux. L'effet n'est pas toujours en rapport avec la cause, et un choc insignifiant qui aura été accompagné d'une vive émotion produira des accidents aussi graves qu'une chute d'un lieu élevé ou un coup violent sur un membre ou sur la tête. Les troubles de cette nature sont des paralysies flasques, des contractures, des arthralgies.

Les *intoxications* (plomb, mercure) ont encore donné quelquefois lieu à l'explosion de l'hystérie.

Enfin, l'*imitation*, la *contagion morale* jouent dans certaines épidémies d'hystérie délirante, un rôle décisif que nous étudierons plus loin.

§ 3.— Symptomes

L'hystérie débute suivant trois modes : Tantôt elle commence dès le jeune âge par une impressionnalité excessive, qui servira plus tard de base aux symptômes de la maladie ; tantôt elle se développe à l'âge adulte, d'une façon également graduelle, sous l'influence de causes morales ; enfin, dans un tiers des cas environ, selon Briquet, elle débute brusquement, à la suite d'une émotion, d'une vive frayeur. L'accès n'est pas toujours immédiat; quelques heures ou même quelques jours s'écoulent entre le choc moral et le moment de l'attaque, et pendant cette période les malades éprouvent divers symptômes nerveux prémonitoires, tels que spasmes et tremblements.

Nous diviserons la description symptomatique de l'hystérie en deux parties : dans la première, nous rangerons tous les symptômes physiques dont nous ne donnerons qu'un rapide résumé, renvoyant le lecteur aux traités de pathologie interne ; dans la deuxième, qui sera plus complète, nous étudierons tous les symptômes

intellectuels et moraux qui rentrent plus spécialement dans le cadre de notre travail.

A. Symptômes physiques.

Grande attaque complète. — C'est au professeur Charcot et à ses élèves que l'on doit une description claire et précise de l'attaque hystérique convulsive. Bien que ce soit là un phénomène capital de la névrose, il est cependant loin d'être constant, puisque Briquet pose en principe que la moitié seulement des hystériques ont des attaques.

La grande attaque peut être provoquée par diverses causes occasionnelles et même par certains procédés artificiels (hypnotisme, excitation des zones hystérogènes) ; elle peut aussi survenir sans provocation aucune.

Elle est précédée de *prodromes* : quelque temps avant l'attaque, on note un changement d'humeur et d'habitudes, la malade devient négligente, s'impressionne de tout, est tour à tour triste ou d'une gaîté folle, chante, commet des enfantillages, déchire ou brise des objets. Cette excitation mentale est traversée de quelques phénomènes épileptoïdes, de contractures passagères et d'hallucinations qui ont pour siège les sens anesthésiés : elle entend des voix, toujours les mêmes, aperçoit des animaux qui se dirigent toujours dans le même sens, a des illusions tactiles ou génitales.

En même temps il se produit des troubles gastriques multiples, de la polyurie, du ptyalisme, une sensation de boule ou de suffocation (boule hystérique). Parfois ce sont des spasmes de la respiration, des accès de rire, du laryngisme, des baillements, de la toux spasmodique, de l'aphonie ; certains malades imitent les cris d'animaux. D'autres ont des palpitations, des troubles vasomoteurs, du tremblement, des secousses musculaires ; l'anesthésie existante augmente.

Enfin *l'aura* se produit. Elle a habituellement son point de départ dans les ovaires (ovarie) ; et son premier point d'irradiation douloureuse au creux épigastrique ; de là elle s'élève vers le cœur qui est envahi par les palpitations, et enfin se porte au cou ou se produit la sensation du

globe hystérique. A ce moment survient la perte de connaissance et le début de l'attaque.

La pression de l'ovaire douloureux ou de tout autre point hystérogène peut soit provoquer, soit suspendre une attaque. On désigne sous le nom de zones hystérogènes précisément, « des régions circonscrites du corps, douloureuses ou non, d'où partent souvent, pendant les prodrômes des attaques spontanées, des sensations spéciales qui jouent un rôle dans l'ensemble des phénomènes de l'aura hystérique, et dont la pression a pour effet soit de déterminer l'attaque convulsive, ou une partie des phénomènes spasmodiques de l'attaque, soit d'arrêter brusquement les convulsions » (1).

L'existence des zones hystérogènes est extrêmement fréquente, sinon constante chez les hystériques à grandes attaques ou *hystéro-épileptiques*. Elles peuvent se rencontrer sur presque tous les points du tronc et de la tête ; mais leurs sièges d'élection sont : à l'abdomen, la région ovarienne, l'épigastre, le pli de l'aine ; au thorax, les seins, la région sous-claviculaire, les espaces intercostaux, le sternum, les apophyses épineuses ; à la tête, le vertex, les régions sus et sous-orbitaires, le globe de l'œil. Leur étendue est limitée à quelques centimètres ; leur nombre est très variable, car certains sujets n'en ont qu'une seule, tandis que d'autres en possèdent une douzaine. Le plus souvent, elles sont unilatérales et occupent le côté anesthésié. Leur excitabilité est d'autant plus grande que l'attaque est plus imminente. Elles jouent un rôle dans *l'aura* et sont le point de départ de sensations douloureuses qui précèdent constamment l'attaque chez un même malade.

La *première période* de l'attaque ou *période épileptoïde* débute en général par la perte de connaissance, sans cri ; la tête se raidit et se renverse lentement en arrière, le cou se gonfle, les yeux se convulsent, la bouche s'ouvre démesurément, la langue est projetée au dehors ; quelquefois les mâchoires se serrent ou se meuvent latéralement avec un grincement de dents. La respiration est suspendue d'une façon presque complète. Les membres se tordent lentement à plusieurs reprises et s'arrêtent en

(1) Pitres, *Des zones hystérogènes et hypnogènes :* Bordeaux, 1883.

pronation ou en supination dans une rigidité complète. L'écume apparaît aux lèvres, la face est grimaçante et turgide, tout le corps raide comme une barre de fer. C'est la *phase tonique*.

La *phase clonique* commence par de rapides et brèves oscillations des membres tétanisés ; puis tout le corps est envahi de mouvements convulsifs, la tête est animée d'oscillations rapides, les traits de la face s'agitent violemment. La respiration suspendue reprend péniblement, elle est désordonnée, entrecoupée de hoquets et de sifflements saccadés. Peu à peu le calme se fait, les secousses s'éloignent de plus en plus et la malade entre dans la *phase de résolution*.

La période épileptoïde, dans son ensemble, peut durer de 1 à 5 minutes, rarement davantage. Elle peut présenter quelques variétés soit par excès, soit par défaut. Elle peut manquer totalement ou partiellement ou se compliquer de contractures permanentes et quelquefois d'hallucinations.

La *deuxième période*, *période des contorsions ou des grands mouvements*, *clownisme*, commence après un temps de repos variable, mais bien marqué. Dans la première phase, ou phase des contorsions, la malade prend les positions les plus variées et les plus imprévues. Le type de ces attitudes illogiques est l'arc de cercle à concavité postérieure, le corps courbé en arrière en forme d'arc, ne repose sur le lit que par la tête et les pieds. La rigidité du corps est telle qu'il peut être renversé sur le ventre sans changer d'attitude. L'arc peut aussi être, quoique plus rarement, à concavité antérieure, ou latérale. Ces attitudes sont susceptible de varier à l'infini et la situation que peut prendre le corps dans cette phase de l'attaque n'est soumise à aucune loi.

Cette phase dure de 1 à 10 minutes et est suivie de la phase des grands mouvements. Ceux-ci sont presque impossibles à décrire ; ils varient pour chaque malade ; tantôt ce sont des mouvements brusques de flexion se répétant quinze à vingt fois de suite, portant sur tout ou partie du corps ; tantôt ce sont des mouvements de roulis s'exécutant autour de l'axe longitudinal ; tantôt la malade, comme prise de fureur, cherche à se déchirer, à se frapper ou à mordre. Ils sont précédés et accompagnés de cris furieux ou lamentables.

La *troisième période* ou *période des attitudes passionnelles* est moins distincte que les deux précédentes et n'est pas nettement séparée de la deuxième et de la quatrième ; elle est surtout caractérisée par un état délirant spécial que nous décrirons ultérieurement. Deux caractères sont à noter dans cette période : 1° la malade en conserve un souvenir très net après la fin de l'attaque ; 2° elle demeure complètement insensible à toute excitation extérieure.

La *quatrième période* ou *période de délire*, est en quelque sorte un reste de l'attaque qui s'épuise. Elle est composée par un délire de mémoire portant sur les sujets les plus variés ; nous le décrirons plus loin. Pendant cette période, les communications avec le monde extérieur commencent à se rétablir ; la malade n'est plus insensible.

L'attaque une fois terminée laisse cependant après elle certains troubles tels que des contractures, une parésie ou une paralysie de certains muscles. Inversement, des stigmates du même genre plus ou moins anciens peuvent disparaître brusquement à la suite d'une attaque.

La durée totale d'une attaque complète est très variable : les première et deuxième périodes ne durent en moyenne que de une à trois minutes chacune, la troisième de cinq à quinze minutes, mais la quatrième n'a aucune durée déterminée et peut se prolonger pendant des heures entières (1).

Attaques incomplètes. — Les attaques incomplètes se rencontrent plus fréquemment que la grande attaque hystéro-épileptique que nous venons de décrire. Elles sont en général précédées des mêmes prodromes, il y a une aura qui part le plus souvent de l'abdomen pour aboutir au cou, en produisant un sentiment d'étouffement, de strangulation qui pousse la malade à porter ses mains à sa gorge, comme pour se débarrasser d'un obstacle. A ce moment, elle pousse un cri, et tombe. Tantôt elle perd totalement connaissance, tantôt elle la conserve partiellement, mais est incapable de parler, de sentir ou d'agir spontanément. La face est vultueuse, mais non grimaçante et n'a rien du facies épileptique. Presque aussitôt

(1) P. Richer, *Etudes cliniques sur la grande hystérie ;* Paris, 1885.

les convulsions se produisent ; elles affectent exclusivement la forme clonique. Les mouvements sont étendus, extrêmement désordonnés ; il semble que la malade se livre à une lutte désespérée contre une souffrance insupportable ; ce sont des flexions, des extensions, des déplacements incessants des membres ou du corps en totalité. La figure est cependant épargnée. Peu à peu tout s'apaise graduellement et rentre dans l'ordre, à moins qu'un nouvel accès ne se développe avant la terminaison du premier.

Quelquefois la fin de la petite attaque est signalée par l'arrivée d'hallucinations et de délire analogue à celui de la troisième période de la grande attaque. Enfin tout se termine habituellement par une crise de sanglots ou de larmes.

Attaques diverses. — L'hystérie peut se manifester sous deux formes très différentes ; il s'agit tantôt d'attaques partielles relevant de la grande attaque, tantôt de phénomènes que nous n'avons pas encore décrits et dont il nous reste à parler brièvement.

L'*attaque syncopale* survient surtout chez les hystériques anémiques. Elle se manifeste par une perte subite de connaissance avec pâleur des téguments, flaccidité absolue des membres, et arrêt momentané, ou tout au moins affaiblissement considérable des mouvements cardiaques et respiratoires.

L'*attaque de contractures* est caractérisée par l'extension progressive à tous les muscles du corps de contractures qui immobilisent le malade dans une attitude particulière ; crucifiement, opistothonos, etc. La connaissance est habituellement conservée.

L'*attaque épileptoïde*, qui n'est que la grande attaque réduite à sa première période, se produit souvent par séries plus ou moins longues, simulant ainsi l'état de mal épileptique, dont elle diffère cependant par l'absence de troubles organiques sérieux et par le peu d'élévation de la température.

L'*attaque de spasmes* n'est qu'une grande attaque avortée et limitée à la période de l'aura : sensations douloureuses, palpitations, strangulation, dyspnée, éblouissements, sifflements dans les oreilles, etc. Cet état de souffrance est porté quelquefois à un degré effrayant.

Les *attaques démoniaques, délirantes, de clownisme, d'attitudes passionnelles* ne sont que des attaques partielles correspondant aux diverses périodes de la grande attaque.

L'*attaque de léthargie* est une *crise de sommeil* d'une durée plus ou moins longue, pouvant se prolonger des mois entiers. Elle s'accompagne de phénomènes variables ; tantôt les malades semblent en état de mort, le pouls et la respiration étant insensibles; tantôt ils présentent des troubles de la respiration et de la circulation, tantôt enfin des contractures ou des phénomènes cataleptiformes.

Signalons enfin les *attaques de catalepsie* véritable et les *attaques de somnambulisme* sous lesquelles se présente quelquefois l'hystérie. Selon Richer, la catalepsie et le somnambulisme ne sont qu'une modification de la période des attitudes passionnelles; ils peuvent cependant être compliqués de symptômes appartenant aux autres périodes de l'attaque complète.

Symptômes en dehors des attaques. — De nombreux symptômes révèlent l'hystérie en dehors des attaques que nous venons de décrire.

Ce sont en premier lieu des *troubles de la motilité;* vomissements, météorisme, borborygmes ; troubles vocaux, toux et asthme hystériques ; palpitations cardiaques ; spasmes des sphincters, vaginisme ; chorée rythmique, secousses, tremblements, contractures diverses ; paralysies, etc. Malgré l'intérêt de tous ces symptômes et leur importance, nous ne pourrions, sans sortir de notre domaine, en entreprendre une description même sommaire.

Les *troubles de la sensibilité* n'ont pas une importance moindre. Ils consistent en hyperesthésies et anesthésies.

L'hyperesthésie hystérique peut être plus ou moins intense, plus ou moins généralisée ; atteindre la peau, les muqueuses, les organes (sein hystérique), les muscles (rachialgie), la tête (céphalalgie, clou hystérique), les viscères (gastralgie, tympanite douloureuse, ovarie), les nerfs (névralgies), les articulations (arthralgies). Les sens peuvent acquérir une finesse extraordinaire et parfois le fonctionnement en devient plus ou moins douloureux.

L'anesthésie se présente sous les formes les plus diverses. Nous empruntons au Professeur Pitres le tableau suivant qui nous dispensera de plus amples détails.

VARIÉTÉS DE L'ANESTHÉSIE CUTANÉE DES HYSTÉRIQUES (1).

ANESTHÉSIE	1° *Totale*, c'est-à-dire portant sur toutes les perceptions sensitives.	*a.* complète : *anesthésie proprement dite.* *b.* incomplète : *hypoesthésie.*
	2° *Partielle*, c'est-à-dire portant sur certaines sensations les autres étant conservées.	*a.* Perte des sensations douloureuses avec conservation des sensations tactiles : *analgésie.* *b.* Perte des sensations thermiques, avec conservation des sensations tactiles et douloureuses : *thermo-anesthésie.* *c.* Perte des sensations tactiles et douloureuses avec conservation des sensations thermiques : *anesthésie avec thermo-ésthésie.* *d.* Perte isolée des sensations électriques : *électro-anesthesie.* *e.* Conservation isolée des sensations électriques : *anesthésie avec électro-esthésie.*

Toutes ces formes d'anesthésie ne sont pas également fréquentes. L'anesthésie complète, l'hypoesthésie et l'analgésie sont les plus communes.

Les muqueuses peuvent être le siège d'anesthésies analogues à celles de la peau.

Les anesthésies sensorielles peuvent atteindre tous les sens. On a cité des amauroses hystériques; l'amblyopie est beaucoup plus fréquente. La dyschromatopsie et l'achromatopsie sont des phénomènes excessivement communs; la disparition des couleurs s'opère dans l'un des deux ordres suivants: violet, vert, bleu, jaune, rouge; violet, vert, rouge, jaune, bleu. Enfin le rétrécissement concentrique du champ visuel est d'une fréquence aussi grande.

La surdité hystérique peut être complète ou partielle ; il en est de même pour l'abolition du goût et de l'odorat.

Fait remarquable, tous ces troubles anesthésiques sont ignorés des malades, qui sont fort étonnés de les voir constater.

Enfin, notons la perte du sens musculaire, les anesthé-

(1) Pitres, *Des anesthésies hystériques ;* Bordeaux, 1887.

sies des tissus profonds, et celles des viscères. Chez les hystériques on peut, dit Pitres, frapper brutalement l'épigastre sans provoquer de sensation désagréable, et ce stigmate de l'hystérie a autant de valeur au point de vue du diagnostic que l'anesthésie du pharynx et de la conjonctive.

Lorsque nous aurons cité les *troubles circulatoires*, *sécrétoires*, et *trophiques*, nous aurons appelé l'attention sur la plupart des symptômes qui pourraient déceler l'hystérie au manigraphe en présence d'un cas de folie développé sous la dépendance de cette névrose. Parmi les troubles circulatoires et sécrétoires, les hémorragies par l'estomac, les bronches, la peau, les muqueuses, la polyurie, l'ischurie, l'oligurie, sont les plus importants. Parmi les troubles de la nutrition, nous noterons tout particulièrement la *fièvre hystérique*, que nous avons rencontrée fréquemment chez les hystériques aliénées.

Enfin, avant de passer à l'étude des phénomènes psychopathiques, nous devons signaler les troubles de la parole et le mustisme hystérique, sorte d'aphasie motrice sans cécité ni surdité verbales, et sans agraphie.

B. Symptômes psychiques.

Les symptômes psychiques de l'hystérie peuvent être divisés en trois groupes : 1° ceux qui font en quelque sorte partie du tempérament hystérique ; 2° ceux qui accompagnent ou remplacent la grande attaque complète ; 3° ceux qui appartiennent à la folie commune et qui viennent en quelque sorte, soit se surajouter soit se substituer à la névrose. Nous les étudierons successivement.

1° *Etat mental des hystériques.*

Dès le jeune âge, les futures hystériques manifestent certaines dispositions qui annoncent une organisation psychique mal équilibrée. Elles sont facilement impressionnables ; rient, pleurent sous le moindre prétexte. Elles ont l'intelligence vive, alerte, ont de grandes facilités pour l'étude, les arts, et une propension naturelle à l'imitation. Elles sont menteuses, querelleuses, turbulentes,

jouent d'instinct la comédie, ont des alternatives d'excitation et de dépression; s'émeuvent pour des riens et restent insensibles en présence des événements qui devraient les toucher le plus. Elles sont souvent hypocondriaques, et éprouvent des troubles nerveux multiples : hallucinations, cauchemars, céphalalgies, douleurs gastralgiques ou entéralgiques, spasmes viscéraux, palpitations, tendances aux syncopes, sensation d'oppression et de strangulation, quelquefois même véritables attaques convulsives.

A ces troubles positifs, elles en ajoutent souvent d'imaginaires dans le but de se rendre intéressantes: elles simulent des céphalalgies persistantes, des impotences fonctionnelles diverses, des troubles gastriques qui jettent les familles dans les transes et embarrassent considérablement parfois le médecin. D'autres s'engouent pour la religion et deviennent prématurément mystiques, fanatisées et ont des extases.

Chez les hystériques adultes, ces dispositions se développent avec une intensité variable. Ce qu'on remarque tout d'abord en elles, c'est l'instabilité du caractère. Elles passent sans transition, sans motif, de l'enjouement et des meilleures dispositions morales à la maussaderie, à la susceptibilité, à la colère. De douces et de bonnes qu'elles étaient, elles deviennent aigries, injustes, méchantes, faisant le mal pour le mal. Par suite de cette sorte d'ataxie de la sensibilité morale, tantôt elles se montrent insensibles aux plus grands malheurs, tantôt elles sont poussées aux éclats du plus violent désespoir à propos de l'incident le plus futile. Privées de sens moral, elles poussent tout à l'extrême, elles sont excessives et capricieuses dans leurs passions, dans l'amour comme dans la haine, dans les plus nobles sentiments comme dans les plus vils instincts. Elles s'enflamment pour le bien comme elles s'enflamment pour le mal, pourvu qu'elles puissent se mettre en évidence et se faire remarquer. On en voit se placer à la tête de bonnes œuvres, s'agiter, se multiplier, panser d'une main délicate les plus cruelles blessures morales, consoler les deuils, relever les courages abattus. Mais par contre, elles sont capables des plus grandes aberrations morales et ne reculent même pas devant le

crime. Parmi les femmes qui composèrent les brigades de pétroleuses en 1871, un certain nombre, reconnues hystériques, avaient été recrutées primitivement comme ambulancières.

Vives, intelligentes, spirituelles, elles cherchent par-dessus tout à plaire. En revanche, il faut qu'on s'occupe d'elles. Comédiennes consommées, elles adorent la pose et en abusent.

Elles ont au plus haut degré l'esprit d'opposition, de contradiction, de controverse. Il suffit qu'on soutienne une chose devant elles pour qu'elles en prennent immédiatement le contre-pied. Elles se plaisent à dire le contraire de ce qu'elles disaient la veille, et à afficher des opinions bizarres et subversives, simplement pour étonner et attirer l'attention : leur assurance n'a d'égale que leur absence de conviction.

Malgré la mobilité de leur esprit, elles font preuve à propos de certaines de leurs idées d'une persévérance et d'une tenacité extraordinaires. Ont-elles imaginé quelque fable manifestement inexacte, elles en maintiendront les termes avec la dernière énergie. Certaines idées fixes, véritable catalepsie de l'intelligence selon Esquirol, s'emparent d'elles et les poussent irrésistiblement à des attitudes injustifiées et bizarres. Telle se condamne à un mutisme absolu, convaincue que parler lui fait mal ; telle autre se soumet à un jeûne rigoureux pour s'éviter des douleurs gastriques ; telle autre encore demeure au lit pendant des années, persuadée qu'elle est incapable de marcher. Si on cherche à lutter contre cette aberration mentale, on ne réussit qu'à la perpétuer, car, comme dit Lasègue, l'excès d'insistance amène l'excès de résistance, et d'ailleurs leur opiniâtreté ne prend pas son origine dans la puissance de leur volonté, mais dans la force de leur inertie (1).

Elles se recherchent entre elles, promptes à nouer des amitiés aussi soudaines qu'imprévues, à les dénouer de même et à y faire succéder des aversions et des haines aussi peu justifiées.

(1) Huchard, *De l'état mental des hystériques*. (*Archives de neurologie*, 1882.)

Leur dépravation morale éclate surtout dans la vie privée. L'hystérie dans le ménage suit toujours à peu près la même évolution. A peine mariée depuis quelques semaines, l'hystérique se plaint d'être incomprise, et de n'avoir point trouvé celui sur lequel elle était appelée à verser les trésors d'amour dont déborde son âme. Il n'est bientôt rien qu'elle ne mette en œuvre dans la maison pour être désagréable à son mari. Cette perversion affective ne se révèle pas seulement à propos du mari, mais parfois à propos des enfants. Il y a des hystériques complètement privées de l'instinct maternel.

Le mensonge est un de leurs travers les plus frappants, c'est en quelque sorte le critérium du caractère hystérique. On se surprend quelquefois, dit Charcot, à admirer la ruse, la sagacité ou la ténacité inouïe que les femmes qui sont sous le coup de la grande névrose mettent en œuvre pour tromper; elles mentent sans but, sans raison; c'est, dans le mensonge, le culte de l'art pour l'art (1).

Comme le mensonge, la simulation est une particularité propre aux hystériques, sans leur appartenir exclusivement; elle caractérise ce que Dally a appelé le *délire malicieux*, sorte de disposition mentale en vertu de laquelle elles s'efforcent de produire chez les autres une impression extraordinaire (2).

Une jeune fille, par exemple, annoncera sa mort pour tel jour, telle heure. A l'époque dite, elle fait la morte, et le délai de trois jours expiré, elle revient à elle enchantée des marques de désespoir qu'elle a recueillies de la part de sa famille.

Une autre très pieuse, continue un beau jour à aller à confesse et refuse absolument de communier, sous prétexte que c'est inutile au salut. Traitée par indifférence, cette hérésie ne tarde pas à être abandonnée.

Mais les simulations des hystériques ne sont pas toujours aussi inoffensives; elles revêtent souvent la forme d'imputations graves et de dénonciations contre autrui.

C'est une hystérique qui dénonce faussement ses servantes

(1) Charcot, *Leçons sur les mal. du système nerveux*, t. I; Paris, 1880.
(2) Dally, *Annales*, 1887.

comme voleuses. C'en est une autre qui accuse un jeune homme de s'être introduit dans sa chambre la nuit et de lui avoir fait violence. Une autre, qui est reconnue vierge à l'examen médical, accuse un prêtre de l'avoir violée dans les circonstances les plus dramatiques. Une autre tombe évanouie sur le seuil de sa porte, ses poignets sont liés, sa bouche bâillonnée, ses vêtements souillés de boue. Revenue à elle, elle raconte qu'elle a subi une tentative de viol, de la part de jeunes gens, qui, n'ayant pu réussir, lui avaient, pour se venger, lacéré et tailladé le visage, les bras et la poitrine. L'instruction n'ayant pas abouti, elle finit par avouer que l'aventure était imaginaire et qu'elle s'était fait elle-même les incisions qu'on avait constatées sur son corps (1).

Une jeune fille disait avoir été l'objet d'une attaque en wagon, et présentait une toute petite plaie au-dessous de la mamelle gauche. On finit par découvrir que le couteau de l'assassin avait été acheté un mois auparavant, par la prétendue victime elle-même.

La vie entière de certaines hystériques n'est qu'un tissu de fourberies et de simulation ; aux faits exposés précédemment, nous devons ajouter les lettres anonymes destinées à semer la discorde, à ourdir des intrigues compliquées ; la simulation de maladies, de tentatives de suicide, etc. Certaines hystériques mêmes s'accusent de crimes imaginaires, avec des détails assez précis pour égarer la justice.

On trouve, dans les écrits des hystériques, les preuves les plus évidentes de leur profonde dépravation morale : ce sont des protestations de sympathie hyperboliques ; des aveux incessants au sujet de leur indignité, de leurs vices, et même de leurs crimes parfois imaginaires ; un mysticisme brûlant, des épanchements relatifs à leur tristesse, à leur dégoût de la vie, à leur désir de la mort ; sentiments qui au fond leur sont absolument étrangers. A les lire, on est tenté de les plaindre, on les prend en pitié, on ne peut s'empêcher de leur témoigner de la sympathie ; c'est ce qu'elles désirent et leur but est atteint. Elles savent donner un tel air de vraisemblance à

(1) Legrand du Saulle, *les Hystériques ;* Paris, 1883.

leurs mystifications et à leurs tromperies qu'elles imposent à certaines gens une conviction telle qu'elle résiste parfois à l'évidence.

Un autre symptôme de perversion morale qui souvent relève du domaine pathologique, ce sont les *fugues* auxquelles se livrent certaines hystériques et pendant lesquelles elles s'abandonnent sans réserve, et presque inconsciemment à leurs mauvais instincts. « Ces fugues demi-conscientes et à la recherche d'aventures, inspirées par l'exaltation, la colère, la jalousie, le désespoir ou la haine, sont tentées quelquefois méchamment, dans le but de faire de la peine, de causer une grande inquiétude, de faire croire à un suicide, d'accréditer la présomption de brutalités de la part du mari ; ou de donner une leçon à ceux dont on a cru avoir à se plaindre (1). »

La plupart sont indifférentes à leurs maux physiques et supportent avec une quiétude singulière les désordres nerveux auxquels elles sont sujettes.

Contrairement à l'opinion vulgaire, les hystériques ne sont pas nécessairement salaces et portées à la lubricité. On confond avec l'appétit sexuel exagéré auquel elles sont très souvent complètement étrangères, une dépravation du sens moral les poussant à rechercher les occasions d'exercer leur pouvoir de séduction et leur goût des aventures romanesques et galantes. C'est toujours cet éternel besoin de se faire remarquer qui conduit l'hystérique aux situations scabreuses, aux actes incorrects, aux conversations épicées et cyniques dans lesquelles elle compromet à la fois sa dignité de femme et l'honneur domestique.

Quelques-unes, cependant, manifestent dans leur langage et dans leurs actes une réelle excitation génésique. On en voit alors simuler une rétention d'urine pour se faire sonder tous les jours pendant des semaines entières, ou prétexter une affection de l'utérus pour se faire examiner au spéculum, éprouvant un singulier plaisir dans le renouvellement de ces pratiques.

Nous n'insisterons pas sur l'impressionnabilité spéciale bien connue des hystériques, en vertu de laquelle un

(1) Legrand du Saulle, *les Hystériques*: Paris, 1883.

choc moral violent peut indifféremment déterminer chez elles les accidents somatiques les plus graves de l'hystérie, ou les faire disparaître d'une façon subite et imprévue, on pourrait dire *miraculeuse*, en faisant allusion à la façon dont le vulgaire interprète les faits de cette nature.

2° *Délire de l'attaque hystérique.*

L'attaque hystérique complète, telle que la décrit le professeur Charcot et ses élèves, est accompagnée et suivie de délire dont il importe d'autant plus de connaître les caractères que chacune de ses variétés peut, à elle seule, représenter l'attaque tout entière. Nous allons l'étudier dans les deuxième, troisième et quatrième périodes.

Délire de la deuxième période. — « Supposez, dit P. Richer (1), une seconde période dans laquelle tous les phénomènes les plus étranges, qui constituent ce que nous avons appelé le clownisme, se multiplient comme à plaisir. Joignez-y la fureur, les cris, la rage, les mouvements désordonnés que j'ai décrits également parmi les signes de cette même seconde période. Prenez en outre tout ce qui, dans les autres périodes de l'attaque, présente un dehors plus ou moins extraordinaire, ou est marqué par la prédominance de l'élément douloureux, comme les contractures généralisées de la fin, ou quelques hallucinations horribles de la troisième période. Et vous aurez ainsi constitué une variété de l'attaque bien faite pour inspirer suivant les temps, la crainte, l'horreur ou la commisération. » Pendant cette crise de fureur, de contorsions, *d'attitudes illogiques* selon l'expression classique, la connaissance est au moins partiellement conservée.

Délire de la troisième période. — Pendant la troisième période ou période des attitudes passionnelles, l'hystérique est en proie à un délire hallucinatoire plus ou moins intense. Elle est transportée dans un monde imaginaire, assiste à des scènes où elle joue le principal rôle, et les sentiments dont elle est animée se traduisent par ses attitudes

(1) P. Richer, *loc. cit.*

et les jeux de sa physionomie. Sa mimique expressive et les paroles qu'elle laisse échapper permettent de suivre toutes les péripéties du drame auquel elle prend part.

Pendant cette période, la malade est complètement insensible à toute excitation extérieure; les excitations cutanées, l'occlusion des yeux, les odeurs irritantes, les bruits violents sont impuissants à troubler son délire. Une fois éveillée, elle conserve le souvenir de tout ce qui s'est passé.

Le sujet de ce délire sensoriel est puisé dans le passé des malades et choisi parmi les incidents heureux, et surtout malheureux qui ont frappé le plus vivement leur imagination et qui ont contribué au développement de la maladie. Ce délire se compose en général de deux phases qui se succèdent ou s'entremêlent sans interruption: celle des hallucinations gaies et celle des hallucinations tristes. « Dans une même attaque, le tableau gai fait place au tableau triste ou inversement, avec la rapidité des images qui passent sous les verres d'une lanterne magique. Souvent une scène est à peine commencée qu'elle est brusquement interrompue par une autre. Il y a là comme la taquinerie d'un malin génie que les malades ne peuvent éviter. Elles s'en plaignent souvent amèrement, disant que le côté gai d'une attaque est toujours troublé par des visions terribles et qu'en somme, il y a plus de malheur que de bonheur (1). »

Une fille devenue hystérique à la suite d'un viol dont elle a été victime repasse, par exemple, dans son délire la scène du viol que l'on peut suivre aux cris de terreur, aux prières, aux supplications qui se succèdent dans sa bouche, entremêlées de menaces, d'injures et de gestes de fureur. A cette phase succèdera une scène d'amour ou de plaisir qui se traduira par des jeux de scène appropriés et ainsi de suite.

Dans la phase triste, beaucoup de malades ont des hallucinations terrifiantes de la vue, de la *zoopsie*; elles voient des rats, des lions, des serpents, des hommes nus, des cadavres, des incendies, des enterrements, des scènes de meurtre, etc.

(1) Richer, *loc. cit.*

Lorsque ce délire sensoriel constitue toute l'attaque hystérique, il revêt souvent la forme de *l'extase* religieuse. Les sens sont abolis, la sensibilité éteinte ; le visage reste ordinairement coloré, le pouls toujours perceptible, mais très accéléré. La respiration est normale ou ralentie. La peau conserve habituellement sa chaleur ; parfois les extrémités se refroidissent.

Les malades prennent l'attitude de la prière ou celle des illuminés, la tête rejetée en arrière, le regard dirigé vers le ciel, la physionomie exprimant une béatitude idéale. Tantôt elles sont immobiles, le corps frappé de rigidité, comme endormies ; tantôt elles cherchent à reproduire l'attitude qui les a frappées dans la représentation des saints, celle du Christ sur la croix, celles qui composent les diverses scènes de la Passion. Les unes récitent des prières ; d'autres psalmodient des cantiques, des chants pieux. Revenues à elles, elles déclarent avoir visité le Paradis, vu Dieu, la Vierge, les anges, et décrivent avec enthousiasme les visions délicieuses ou splendides qui ont ébloui leurs regards.

Délire de la quatrième période. — Le délire de la quatrième période est un *délire de mémoire*, de nature principalement mélancolique. Il porte sur l'existence passée des malades, roule sur leurs impressions quotidiennes, leurs préoccupations, leurs sentiments les plus intimes. Elles pensent tout haut en quelque sorte, et révèlent involontairement leurs plus secrètes pensées. Sans être complètement revenues à elles-mêmes, elles sont insensibles aux influences du dehors ; elles voient et entendent, sans toutefois attribuer aux bruits leur véritable signification et sans reconnaître les personnes présentes qu'elles prennent pour quelqu'un des personnages qui figurent dans leur délire.

Elles pleurent, se plaignent de la destinée, racontent tous les incidents marquants de leur existence, l'enfance heureuse, les fautes commises, les malheurs immérités, la dureté ou l'injustice des parents ; leurs amours, leurs haines, leurs chagrins ; le tout entrecoupé d'exclamations, de formules de désespoir, de rires bruyants. Elles s'arrêtent au moindre bruit qu'elles interprètent dans le sens

de leur délire ; conversent avec des personnages invisibles, se taisent dans une attitude pensive, et quelquefois finissent par se renfermer dans un mutisme obstiné.

Ce délire est mêlé d'hallucinations ; les malades entendent des voix, croient qu'on les appelle et veulent courir. Le plus souvent les hallucinations prennent un caractère terrifiant et zoopsique : ce sont des chiens dévorants, des bêtes noires, des rats, des vipères plein leur lit, des corbeaux, des crapauds, etc.

Dans certains cas, les conceptions délirantes sont incohérentes, n'ont aucune liaison entre elles, et le délire prend des caractères maniaques : ce sont des cris, des chants, des grossièretés, une véritable *logorrhée* d'injures adressées à des êtres imaginaires, des vociférations furieuses, des propos érotiques, religieux ou démoniaques.

Ce délire qui termine l'attaque hystérique peut durer quelques instants seulement ou se prolonger pendant des heures et des journées entières. Il se complique parfois d'accidents somatiques tels que : phénomènes épileptoïdes, sensation de strangulation, grands mouvements et contorsions comme on en observe dans la deuxième période, et enfin surtout contractures partielles ou généralisées.

Les délires de la troisième et quatrième période ne sont pas toujours très distincts l'un de l'autre et se fondent souvent en un tout indivisible.

Dans certains cas, l'attaque délirante se termine par un flux abondant d'urine claire, par une sécrétion profuse de mucus vaginal ou par une salivation passagère.

Attaques de délire indépendantes des attaques convulsives. — Les accès de délire peuvent se montrer indépendamment des attaques convulsives, soit chez une malade qui en a eu à une époque plus ou moins reculée, soit chez un sujet qui n'en a jamais eu. Ce délire revêt en général la forme maniaque ; les malades se démènent d'une façon furieuse, ont un langage cynique, interpellent grossièrement ceux qui s'approchent d'elles, vomissent toutes sortes d'imprécations et de propos d'une crudité révoltante. Les antécédents hystériques des sujets, les caractères de ce délire, sa guérison instantanée, ses réci-

dives fréquentes, suffisent pour le rattacher à sa véritable origine.

Dans d'autres cas, c'est plutôt de l'exaltation maniaque qu'un véritable accès de manie ; une sorte d'expansion bruyante, des fusées de rire, des mots drôles, des saillies, sans véritable incohérence. C'est au point de vue physique aussi bien que psychique une sorte d'ébriété légère, avec accélération du pouls, chaleur à la tête, exaltation du pouvoir musculaire et de l'intelligence.

Résumé des caractères du délire hystérique. — Ainsi qu'on peut en juger par les développements qui précèdent, les diverses formes du délire de l'attaque hystérique présentent une analogie frappante avec les délires toxiques. Tantôt on y voit prédominer les hallucinations pénibles et la zoopsie de l'alcoolisme ; tantôt ce sont les visions enchanteresses que procure l'usage de l'opium ou du haschish, suivies des hallucinations les plus effrayantes ; tantôt ce sont les agitations bruyantes et loquaces de l'ivresse chloroformique. Comme les troubles intellectuels causés par ces poisons, le délire hystérique tient du *rêve* et se rapproche tellement du *somnambulisme* que quand il ne s'accompagne pas de conscience et n'est pas suivi de souvenir, il se confond totalement avec lui.

Nous devons ajouter que bien que dans l'immense majorité des cas on le rencontre chez des femmes, il ne leur est pas absolument spécial, et qu'on l'a observé chez des hommes atteints de la grande névrose (1).

Folie hystérique épidémique. — L'hystérie est une affection qui se propage avec une extrême facilité. Il suffit d'une hystérique ayant des attaques dans une salle d'hôpital pour que le même mal se développe immédiatement chez plusieurs de ses compagnes. De tout temps, la réunion sur un même point, pension, couvent, village, de personnes impressionnables et influencées par les mêmes excitations, les mêmes pratiques susceptibles d'engendrer chez quelque sujet prédisposé de profondes perturbations nerveuses, a provoqué l'apparition de véritables épidé-

(1) P. Richer, *loc. cit.*

mies hystériques, par la communication des troubles de la personne malade aux personnes saines.

C'est surtout dans les siècles passés que les superstitions et les pratiques religieuses inconsidérées ont engendré de ces épidémies. Calmeil et P. Richer (1) en ont donné une histoire qui permet d'en apprécier scientifiquement la nature. Ces troubles nerveux se composaient d'accidents convulsifs, d'hallucinations, d'idées délirantes relatives à la possession diabolique ; le tout relevant de la grande attaque hystérique complète. Dans l'intervalle des crises, les malades conservaient souvent un état mental modifié par la grande névrose : inaptitude au travail, tendance aux extravagances, impulsions irrésistibles, etc.

Ces épidémies ont revêtu des formes diverses dont nous ne dirons que quelques mots.

Les *chorées épidémiques* du moyen âge (danse de Saint-Jean, danse de Saint-Guy, 1374) consistaient en grands mouvements analogues à ceux de la deuxième période de la grande attaque. Tout en dansant en commun pendant un temps indéfini et en se livrant à d'horribles contorsions, les malades avaient des hallucinations terrifiantes ou des apparitions religieuses ; ils voyaient la Vierge, le Sauveur sur son trône. Pendant les accès, les malheureux danseurs se livraient à des violences envers eux-mêmes ou envers les autres ; se disant possédés, ils vomissaient des imprécations contre les prêtres et voulaient les mettre à mort.

Le *tarentisme* qui sévit en Italie à la même époque, était une épidémie de même nature. Certains des individus atteints de cette affection éprouvaient des altérations de la vue et de l'ouïe, perdaient l'usage de la parole, et restaient insensibles aux moyens d'excitation ordinaires. « La flûte et la guitare pouvaient leur procurer du soulagement ; alors, comme réveillés peu à peu d'un sommeil magique, ils ouvraient les yeux, se mouvaient d'abord lentement et en mesure, puis celle-ci devenant plus rapide, ils étaient entraînés à une danse passionnée. »

(1) Calmeil, *De la Folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, 2 vol. 1845 ; P. Richer, *loc. cit.*

Dans la période comprise entre 1550 et 1560, on vit éclater en une foule d'endroits en Allemagne, des épidémies démoniaques. La maladie débutait par des hallucinations, la vue d'animaux fantastiques, des troubles de la sensibilité générale, qui se compliquaient ensuite d'attaques convulsives d'un caractère formidable. Cette *possession des nonnains* s'étendait avec une rapidité foudroyante à tout le couvent, quand une religieuse avait commencé à éprouver les premiers phénomènes hystériques.

L'épidémie des Ursulines de Loudun (1632) commença également par des hallucinations bientôt suivies d'idées de possession et de convulsions hystériques. Les religieuses, dans leurs grands mouvements clowniques, tantôt sur le dos, en arc de cercle, la tête et les talons se touchant, tantôt sur le ventre, les pieds contre l'occiput, défiaient le prêtre qui les poursuivait le Saint-Sacrement à la main. En même temps, elles poussaient des hurlements sauvages. Chez toutes, les exorcismes redoublaient les convulsions et provoquaient de la catalepsie et des accès de somnambulisme.

L'épidémie des filles de Sainte Ursule, à Aix (1609) présenta des particularités analogues. Dans les récits qui nous sont restés des étranges scènes démoniaques auxquelles se livraient ces religieuses, on retrouve les hallucinations, les mouvements impulsifs, l'horreur pour la confession, les tendances au suicide, les accès de fureur et de désespoir, les convulsions.

Toutes ces filles possédées avaient, en outre, des hallucinations génésiques intenses et croyaient cohabiter avec le démon.

De 1731 à 1732, le tombeau du diacre Paris, dans le cimetière de Saint-Médard, vit se développer une épidémie hystérique des plus intenses parmi les gens qui venaient réclamer de sa sainteté des guérisons miraculeuses. Au début, il suffisait de toucher la pierre du tombeau pour être guéri ; mais bientôt apparurent des manifestations convulsives, des hallucinations, des scènes d'extase, de catalepsie, auxquelles vinrent se joindre les prédictions, les discours, les prières, les exhortations pathétiques, la prétention de faire des miracles et de parler des langues

inconnues. Pour prouver leur invulnérabilité, les femmes se soumettaient aux plus douloureuses pratiques : elles se heurtaient la tête contre les murs, se faisaient écarteler par des hommes vigoureux, se faisaient fouler aux pieds par vingt personnes à la fois, réunies sur une même planche ; d'autres se faisaient frapper avec des pierres, des chenets en fonte, des bûches et semblaient retirer de ces pratiques un soulagement réel et de vraies jouissances.

Bien que plus rares qu'autrefois, ces épidémies se manifestent encore quelquefois, et nous avons vu de nos jours des choréiques, des possédés et des convulsionnaires.

En 1861, le village de Morzines (Haute-Savoie) fut le siège d'une épidémie d'hystéro-démonopathie. En huit mois, vingt-sept personnes furent atteintes, puis la maladie subit une extension rapide. Traitée par les exorcismes et les cérémonies religieuses, on vit dans l'église un affreux bouleversement se produire, des convulsions éclater sur tous les points, accompagnées de jurements, d'invectives et d'imprécations de toute sorte. Tous les symptômes observés relevaient de l'hystérie. L'intervention de l'autorité et de la force armée fut seule capable de mettre un terme à cette épidémie.

Tout récemment à Plédran, aux environs de Saint-Brieuc (1881), éclata une petite épidémie hystéro-démonopathique. Le même fait s'est produit la même année à Jaca, en Espagne, où il prit des proportions plus étendues et revêtit à la fois la forme choréique, démonopathique et convulsive.

3° *Folie hystérique.*

Cette déséquilibration plus ou moins grave des facultés intellectuelles et morales, qui est comme la caractéristique du tempérament hystérique, aboutit souvent à la folie véritable.

Cette folie s'accompagne ordinairement de quelques-uns des stigmates de la grande névrose : anesthésies, hyperesthésies, zones et points hystérogènes, grandes ou petites attaques, etc. Ces symptômes, cependant, n'en sont

pas l'accompagnement obligé, et les désordres intellectuels peuvent en quelque sorte constituer à eux seuls toute l'hystérie. Dans ce cas, l'affection primitive semble s'être transformée et le médecin n'a devant lui qu'une aliénée ordinaire, s'il s'en tient aux apparences symptomatologiques, et s'il ne sait sous ces apparences découvrir les origines premières de la maladie (1). Et même, selon Morel, la folie hystérique a d'autant plus de chances de s'établir que les autres symptômes propres à la maladie sont moins saillants (2).

La forme qu'affecte la folie hystérique est variable non seulement d'un sujet à un autre, mais encore chez un même individu. Rien n'est plus mobile que l'appareil symptomatique qu'elle revêt d'un moment à l'autre. On peut cependant en distinguer plusieurs variétés.

Forme maniaque. — La plus fréquente est la forme maniaque, qui est caractérisée surtout par un besoin incessant d'activité et de mouvement, une véritable *incoordination motrice* qui pousse les malades aux actes les plus extravagants, les plus déraisonnables, et parfois les plus nuisibles. Notons les tendances irrésistibles à frapper, à détruire, à déchirer, à mordre, à injurier, à quereller ; le besoin irrésistible d'étreindre les objets que les malades trouvent à leur portée ; les impulsions subites naissant au milieu de la santé apparente la plus parfaite. Morel cite une hystérique qui dînant, avec ses parents, les quitte subitement et qu'on retrouve dans un bois voisin déshabillée, couronnée de fleurs, et occupée à accumuler des pierres pour en faire un autel destiné à célébrer son mariage ; une autre, qui, au milieu d'une fête, quitte le bras de son père et va se plonger dans la fange ; une troisième qui, de temps en temps, est obligée, pour calmer ses nerfs, de casser des carreaux ou de la vaisselle ; une autre qui, passant derrière son frère, lui verse sans la moindre émotion un vase d'eau bouillante dans le cou, etc. Ces exemples sont éminemment propres à donner une idée de la *folie des actes* chez les hystériques.

(1) Moreau (de Tours), *Traité pratique de la folie névropathique (vulgo hystérique)*: Paris, 1869.

(2) Morel, *Traité des maladies mentales* : Paris, 1860.

Le délire des paroles peut être moins accentué que celui des actes, et le plus souvent il n'y a pas à proprement parler d'incohérence, mais simplement une grande mobilité des idées.

Les malades ont au moins partiellement conscience de leur état, mais sont impuissantes à se maîtriser. A un degré moindre, on voit encore des hystériques, dit Marcé, qui sans être complètement aliénées, éprouvent un besoin irrésistible de parler, de faire de grands éclats de voix, de tout bouleverser autour d'elles, de briser les objets qui leur tombent sous la main, tout en se rendant parfaitement compte que leur conduite est absurde et déplorable : elles sentent en elles quelque chose qui les pousse et qui est plus fort que leur volonté.

L'érotisme est commun chez ces malades ; on en voit se prendre de passion pour les personnes qui les approchent, ou même le premier venu. Le son de la voix, le bruit des pas d'un homme les jettent dans une extrême agitation ; elles ont l'œil humide et noyé, les allures provocantes, ne parlent que mariage, s'imaginent être enceintes, et présentent le singulier spectacle d'une passion violente, et pourtant contenue (Marcé).

La marche de ces accès maniaques n'offre rien de particulier, elle est fortement influencée par le retour de la période menstruelle, qui est le signal d'une recrudescence de l'agitation et des excentricités. Elles est ou franchement intermittente ou simplement rémittente; ou bien elle alterne avec des phénomènes d'une autre nature. Dans certains cas, l'accès guérit d'une façon qui paraît définitive, ou est remplacé par d'autres accidents hystériques.

Forme mélancolique. — La forme mélancolique, beaucoup plus rare que la précédente, présente les mêmes contours incertains et vagues. Chez certaines malades on remarque une sorte de stupeur ou d'obtusion intellectuelle accompagnée de larmes, de plaintes, sans conceptions délirantes bien définies. D'autres sont en proie à des scrupules, s'accusent de crimes qu'elles n'ont pas commis, manifestent une propension irrésistible au suicide. Les auteurs appellent tout particulièrement l'attention sur les caractères de cette tendance chez les hysté-

riques. Tandis que dans les formes ordinaires de folie les idées de suicide sont déduites logiquement du délire ; que l'aliéné veut, par la mort volontaire, se soustraire à un malheur ou à un danger imaginaire, dans l'hystérie, elles apparaissent tout à coup sans motif. C'est une secousse, une impulsion automatique, non motivée. Habituellement, du reste, les tentatives de ce genre auxquelles se livrent les hystériques ne sont pas sérieuses et ne sont pas destinées à aboutir. On retrouve ordinairement dans les préparatifs que font les malades, une certaine mise en scène qui résulte de ce besoin de se faire remarquer dont nous avons déjà eu occasion de parler. Parfois, cependant, l'impulsion au suicide fait explosion avec une soudaineté effrayante et l'on voit certaines malades faire des tentatives de suicide instantanées à l'occasion d'une contrariété insignifiante.

Des hallucinations et des illusions pénibles accompagnent parfois la mélancolie hystérique. N..., citée par Moreau (de Tours), présentant divers stigmates hystériques, est poursuivie par des voix qui lui disent : « Coupe-toi le cou ; va te jeter à l'eau, tu es un monstre ; c'est toi qui es l'auteur de tout le mal qui se fait sur la terre. » Elle voit des morts, elle leur parle ; des hommes ressemblant à des diables s'approchent de son lit. Jésus-Christ lui-même a daigné la visiter ; elle veut mettre le feu à la maison, cherche à s'emparer d'un couteau pour se tuer ; ses voix le lui disent ; elles lui disent aussi de se brûler les pieds, de se jeter sous les roues des voitures, etc. Marcé, sur neuf hystériques hallucinées, en a trouvé six, jeunes ou vieilles, qui se croyaient entourées d'hommes qui voulaient cohabiter avec elles et les provoquaient. Une autre se croyait suivie en tous lieux par un avocat qui voulait se marier avec elle.

Certaines hystériques d'ailleurs, en dehors de tout délire, éprouvent des hallucinations isolées de nature pénible ou terrifiante, dont elles ont pleine conscience et qui les jettent dans un malaise des plus pénibles.

La mélancolie hypocondriaque est rare, chez les hystériques. Nous avons vu, en effet, qu'elles supportent ordinairement avec la plus grande indifférence les troubles les plus graves de la névrose. On l'observe cependant quel-

quefois ; elle consiste en un délire intense qui pousse les malades à se plaindre des souffrances les plus extraordinaires, et leur fait rechercher des médications sans cesse nouvelles. Cette forme n'a rien de spécial à l'hystérie, si ce n'est qu'elle se complique habituellement de troubles de la sensibilité et de la motilité particuliers à cette névrose.

Délire de persécution. — Le délire de persécution se rencontre aussi chez les hystériques, mais il est éphémère, mobile, et se rattache plutôt, par les phénomènes dépressifs qui l'accompagnent souvent, à la mélancolie qu'au délire systématisé progressif. Les malades ont des hallucinations des divers sens, manifestent des idées d'empoisonnement, se croient victimes de complots et de persécutions imaginaires, mais n'attachent pas à ces idées la même importance que les véritables délirants systématiques et les abandonnent pour d'autres conceptions délirantes à la première occasion.

Folie avec conscience. — On a pu être frappé, dans tout ce qui précède, des analogies qu'il y a entre la folie des hystériques et celle des héréditaires : En fait, les deux se confondent dans un bon nombre de cas, soit que la diathèse hystérique modifie d'une manière permanente les fonctions psycho-cérébrales, et leur imprime un caractère pathologique analogue à celui que leur imprime l'hérédité elle-même ; soit que les hystériques soient prédisposées, par leurs antécédents héréditaires, aux troubles du moral et de l'intelligence. « N'étant ni raisonnable ni folle, dit Legrand du Saulle, l'hystérique appartient d'ordinaire à une famille de névropathes, de convulsifs, d'apoplectiques, d'aliénés ou de suicidés. Surnuméraire permanente de l'aliénation, elle reste sur la frontière de la raison et de la folie, suscite sur son propre compte les opinions les plus divergentes, mais peut difficilement se faire prendre au sérieux. Incorrect rejeton d'une famille à tares pathologiques, elle représente à sa façon un passé en voie de transformation (1). »

Aussi retrouve-t-on chez les hystériques les diverses

(1) Legrand du Saulle. *loc. cit.*

modalités psychopathiques que nous avons décrites comme appartenant à la folie héréditaire. On constate fréquemment chez elles les divers syndrômes de la *folie avec conscience*, les obsessions mentales, le délire du toucher, la maladie du doute, les scrupules, les idées fixes ; les impulsions à commettre des actes extravagants ou ridicules, avec état anxieux et soulagement consécutif ; la coprolalie, ou besoin irrésistible de prononcer des mots orduriers et des blasphèmes ; la dipsomanie, la kleptomanie, la pyromanie, etc.

Folie morale. — Enfin, la folie hystérique n'est souvent rien autre chose que ce que nous avons désigné sous le nom de *Folie morale*. La vie de certaines de ces malades n'est qu'un tissu d'excentricités, de perversions, d'actions malfaisantes ou même criminelles. On en voit pendant de longues années mystifier les magistrats et l'autorité, tromper les médecins et les induire en erreur, se lancer dans les aventures les plus inattendues, traverser les péripéties les plus extraordinaires, faire naître les épisodes dramatiques, multiplier et varier les simulations avec une habileté diabolique.

Parmi les actes répréhensibles qui les conduisent parfois devant les tribunaux, on relève la simulation d'attentats accomplis sur leur personne, des diffamations, des accusations fausses contre le mari, les serviteurs, les médecins, les prêtres. Des dénonciations anonymes, des escroqueries, des attentats aux mœurs, des faits de la plus ignoble immoralité, des vols, des incendies, des empoisonnements multiples, des infanticides, des rapts d'enfants, etc.

Parmi les vols opérés par les hystériques, tous ne sont pas d'origine kleptomaniaque, c'est-à-dire le résultat d'une obsession pleinement consciente, mais irrésistible. Il en est qui résultent d'un mouvement purement instinctif, à peine conscient, et même tout à fait inconscient, ainsi que l'ont établi Lasègue, Legrand du Saulle, A. Voisin (1). Ce dernier a vu des hystériques possédées de la manie de voler tout ce qui était à leur portée, et qui ne s'en souve-

(1) Lasègue, *Etudes médicales*, 1884 ; Legrand du Saulle. *les Hystériques :* Paris, 1883 ; A. Voisin, *Leçons sur les maladies mentales ;* Paris, 1883.

naient pas. Legrand du Saulle, à propos des voleuses dans les magasins et aux étalages, dit qu'on a souvent affaire à des jeunes filles ou femmes hystériques avec ou sans attaques convulsives, mobiles, fantasques, coquettes, étranges, mal pondérées. Elles volent en général de menus objets répondant à leurs instincts de coquetterie; et fait digne de remarque, ces vols sont commis le jour ou la veille de l'apparition des règles, évidemment sous l'influence d'un état menta spécial, se ressentant de l'ébranlement physiologique concomitant.

Démence. — La démence n'est pas la terminaison habituelle de l'hystérie ni de la folie hystérique. Il y a sous ce rapport une différence capitale entre l'hystérie et l'épilepsie. Pourtant, lorsque l'hystérie persiste avec ses divers caractères jusqu'à un âge avancé, l'intelligence peut s'en ressentir et s'affaiblir progressivement. Les jeunes sujets fortement prédisposés et atteints prématurément de folie aiguë concurremment avec l'hystérie font cependant quelquefois exception à la règle et peuvent tomber au bout de quelques temps dans une démence totale simulant l'idiotie.

§ 4. — Diagnostic et pronostic

Nous ne nous occuperons pas du diagnostic général de l'hystérie et de ses diverses manifestations, cette étude relevant surtout de la pathologie commune; nous insisterons seulement sur le diagnostic de la folie hystérique, qui rentre exclusivement dans le cadre de ce travail.

La folie hystérique ne possédant par elle-même aucun caractère pathognomonique, ce sont en premier lieu les symptômes propres de l'hystérie qui mettent sur la voie du diagnostic. Aussi devra-t-on rechercher avec soin les stigmates de la névrose, les anesthésies, le rétrécissement du champ visuel, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, les zones hystérogènes. Puis viennent les attaques convulsives, dont les malades ont autrefois souffert, ou dont elles souffrent encore d'une façon intercurrente, les grandes attaques classiques, les crises vaporeuses, les tremblements choréiformes, etc.

Il faut encore tenir le plus grand compte de ce qu'on pourrait appeler les stigmates psychiques, en se reportant à la description que nous avons donnée de l'état mental des hystériques. La folie hystérique n'est souvent que l'exagération morbide de cette manière d'être intellectuelle et morale que l'on a constatée chez presque tous les sujets atteints de cette névrose et que Moreau (de Tours) résume de la façon suivante :

« Sensibilité morale exquise, très vive impressionnabilité, passions ardentes ; parfois, mais pas plus souvent que dans les autres espèces de vésanies, développement des sentiments érotiques ; c'est dans la partie affective de l'être moral que s'observent les plus grandes perturbations : l'entraînement, l'irrésistibilité des penchants, la perversion, l'anéantissement des désirs et de la volonté, la brusque spontanéité des idées morbides, les impulsions au suicide, au meurtre, etc. La partie intellectuelle proprement dite est la plus souvent épargnée ou du moins bien peu entamée par la maladie. L'intelligence qui, d'ordinaire, s'est développée de très bonne heure, est restée active, remuante, se concentrant, de préférence, sur des objets futiles. La très grande majorité des malades ont conscience de leur délire, non pas seulement au début, mais dans tout le cours de la maladie. Quelques-unes n'ont qu'une idée confuse de ce qu'elles éprouvent, une sorte de demi-conscience de leur mal ; chez d'autres enfin, la lucidité est intermittente (1). »

Le même auteur fait encore finement remarquer que la folie hystérique revêt, dans quelques-unes de ses formes, des caractères qui en font la folie fantastique par excellence, une espèce de folie théâtrale, celle qui s'éloigne le moins de l'état de raison et dont l'imagination des auteurs dramatiques aime à reproduire les traits.

La folie hystérique a encore pour caractères d'éclater d'une façon imprévue et d'affecter la forme intermittente ou rémittente. Dans cette dernière, la rémission peut être quotidienne et se produit surtout dans la seconde moitié de la journée. Cette sorte de relâche dans les troubles

(1) Moreau (de Tours). *Traité pratique de la folie névropathique*; 1869.

psychiques survient progressivement et disparaît dans le courant de la nuit pour laisser le champ libre au retour de la maladie.

La cessation momentanée ou durable de la folie hystérique, dit encore Moreau (de Tours), s'effectue généralement d'une manière très rapide ou même instantanée. C'est une sorte de réveil.

La pronostic de la folie hystérique est favorable; la guérison est la terminaison la plus commune, mais les récidives sont toujours à craindre, tout au moins doit-on redouter la réapparition sous une autre forme de la névrose si tenace dont elle n'est qu'une manifestation. Comme nous l'avons déjà dit, la démence précoce survient quelquefois chez les jeunes sujets, mais cette issue est exceptionnelle et est plutôt attribuable à la dégénérescence concomitante qu'à l'hystérie elle-même.

§ 5. — Traitement

Les manifestations symptomatiques de l'hystérie, quand elles sont trop intenses, peuvent réclamer une intervention thérapeutique particulière. Contre les convulsions graves et prolongées, on a conseillé les inhalations de chloroforme (Briquet); de nitrite d'amyle (Bourneville); le bromure d'éthyle. Dans les manifestations douloureuses, crampes, contractures, céphalalgies, névralgies, le chloral procure un soulagement immédiat très apprécié des malades; l'antipyrine est aussi indiquée et a donné de bons résultats. Mais quand aucune indication bien nette n'impose l'intervention, il est préférable de se borner à surveiller la crise, et à prendre les précautions hygiéniques qu'elle comporte.

L'état d'éréthisme nerveux qui existe dans l'intervalle des grandes attaques nécessite parfois l'emploi des antispasmodiques. Le rôle de ces agents est de faire disparaître les nombreux symptômes qui masquent le fonds de la maladie et en empêchent le traitement rationnel. Parmi eux l'éther est le plus employé et en général le plus efficace, mais chez certains malades, cependant, il est mal supporté et augmente les troubles spasmodiques qu'il s'agit de combattre.

Dans la folie hystérique, un traitement par les opiacés ou les préparations belladonnées donne parfois de bons résultats. Il faut tenir compte, à propos de ces médicaments, des susceptibilités particulières de certains malades et de leur ataxie thérapeutique. Il est en effet des hystériques que les doses les plus minimes d'opium intoxiquent, alors que d'autres supportent les doses les plus massives sans le moindre inconvénient.

Malgré le grand usage que beaucoup de médecins en font dans la maladie qui nous occupe, nous considérons les bromures comme à peu près inefficaces et nous n'en avons obtenu aucun résultat.

Contre l'agitation excessive, l'insomnie persistante, les divers hypnotiques peuvent être employés, tels que chloral, paraldéhyde, uréthane, hypnone, etc.

Mais le traitement ne doit pas se borner à combattre les symptômes principaux de l'hystérie, il doit s'attaquer à la maladie elle-même; au trouble profond du système nerveux d'où dérivent les premiers.

L'*isolement* est une mesure qui s'impose dans la majorité des cas. Sans lui, les médications les plus rationnelles sont destinées à échouer complètement. Dans le milieu où elle a pris naissance, l'hystérie trouve un aliment inépuisable et s'y perpétue indéfiniment quand elle ne s'y aggrave pas. Lorsqu'il existe des troubles vésaniques, l'établissement d'aliénés est le seul qui convienne; dans les autres cas, la maison de santé ordinaire suffit, ou encore l'établissement d'hydrothérapie, dont les ressources spéciales sont le plus souvent précieuses pour le traitement.

L'*hydrothérapie* est en effet un moyen puissant de modifier l'état nerveux que constitue l'hystérie, mais ce traitement demande une grande prudence et une persévérance à toute épreuve. Les pratiques hydrothérapiques les plus simples, telles que la douche froide en jet brisé, administrée quotidiennement sur le corps, la colonne vertébrale et les pieds, la tête exceptée, sont les plus recommandables. Pour obtenir une réaction vive et énergique, la douche doit être courte et l'eau froide; la malade sera énergiquement frictionnée avant de reprendre ses vêtements, et devra se livrer aussitôt à un exercice quelcon-

que ou à la promenade. En dehors de la douche, on peut avoir recours aux lotions, au drap mouillé, aux affusions froides. Bien qu'inférieures à la précédente, ces pratiques, surtout à domicile, peuvent être avantageusement mises en usage ; elles habituent les malades à l'eau froide et permettent d'atteindre le moment où un traitement plus énergique pourra être mis en usage.

Certains malades supportent difficilement l'eau froide et ne semblent en retirer qu'un surcroît d'excitation. Dans ce cas on cherchera à les amener progressivement, en commençant par des lotions tièdes, à supporter une température de plus en plus basse; et, en cas d'insuccès, on s'en tiendra à l'eau tiède ou on aura recours à d'autres modes de traitement.

L'*électricité statique* est d'un emploi de plus en plus répandu et donne des résultats satisfaisants. La malade séjourne quotidiennement de une demi-heure à une heure sur le tabouret électrisé par une forte machine, et prend en quelque sorte un bain d'électricité dont les effets sont, au bout de quelques jours, de ramener le sommeil et l'appétit, d'activer la nutrition et d'éloigner de plus en plus les attaques hystériques.

Les autres modes d'électrisation, tels que la faradisation générale, la galvanisation générale, la galvanisation centrale et le bain électrique peuvent être employés, conformément aux principes techniques posés par les spécialistes, et provoquer les mêmes effets favorables.

La *Métallothérapie* de Burq ne doit pas être négligée malgré l'incertitude des effets produits. Il est avéré que chez quelques malades, ce mode de traitement a donné les plus heureux résultats. Quand par l'examen métalloscopique des téguments on a constaté que la malade se montre sensible à un métal particulier, on administre à l'intérieur un composé de ce métal ; le chlorure d'or, le nitrate d'argent, l'oxyde de zinc, etc., suivant que l'or, l'argent, le zinc auront modifié l'anesthésie sensitive et sensorielle. Ce traitement doit être progressif et prolongé un certain temps avant qu'on puisse juger de ses effets en pleine connaissance de cause.

Enfin, si tous ces modes de traitement échouent, on aura recours à la *suggestion hypnotique* toutes les fois que

la malade sera hypnotisable et par ce moyen, non seulement on pourra espérer de vaincre les accidents locaux les plus tenaces de l'hystérie, tels que les contractures et les paralysies, mais encore les troubles délirants ou vésaniques et la diathèse hystérique elle-même. « La suggestion à l'état de veille sous forme de persuasion ou d'injonction rapide, dit Charcot, peut amener un résultat favorable. Mais la suggestion à l'état d'hypnotisme aura, si l'hypnotisme est praticable, un résultat beaucoup plus certain... Ce n'est pas là, tant s'en faut, une nouveauté, et l'on a cité dans ces derniers temps nombre de cas où des accidents hystériques variés, qui avaient résisté à d'autres moyens, ont été guéris de cette façon (paralysies, mutisme hystérique, etc.). » Liébault, Bernheim, Dumontpallier, Debove, Bérillon, Grasset, Bottey, Luys, Bourru ont publié des succès soit partiels, soit complets, qui sont des plus encourageants pour la nouvelle méthode. Il y a cependant des contre-indications à l'emploi de l'hypnotisme, comme il y en a à l'emploi de toutes sortes de médications, et il n'est pas plus légitime de proscrire complètement l'hypnotisme, comme le font quelques médecins, sous prétexte que cet agent a nui à certains malades, que de bannir l'opium de la thérapeutique, parce qu'il cause parfois des accidents au lieu des effets curatifs attendus.

A. Voisin a appliqué avec les plus heureux résultats, l'hypnotisme à la folie hystérique et a publié de nombreux cas de guérison. « La voie est donc ouverte; il n'est plus permis de nier la possibilité d'hypnotiser des aliénés, ainsi que l'avaient écrit Berger et Bernheim. Il est nécessaire, j'en conviens, d'apporter dans ce traitement beaucoup de patience; de lui donner une somme considérable de temps, et de varier les procédés d'hypnotisme, mais le résultat est tellement rapide et tellement radical que le médecin ne me paraît pas pouvoir hésiter à employer cette méthode, absolument inoffensive chez les aliénés. Une fois le sommeil hypnotique obtenu, il faut commencer après une à deux séances à user de la suggestion. La thérapeutique suggestive est le corollaire indispensable de l'hypnotisme » (1).

(1) A. Voisin, *Revue de l'hypnotisme;* 1886.

CHAPITRE III

CHORÉE

§ 1er. — Généralités

Définition. — La chorée est une névrose à marche subaiguë ou chronique caractérisée par la production de contractions musculaires presque incessantes, involontaires, irrégulières, générales ou partielles ; et accessoirement par l'invasion de troubles intellectuels très variables, depuis la perturbation du caractère la moins accentuée jusqu'à la mélancolie; depuis l'hallucination isolée jusqu'au délire complet; depuis la simple hébétude jusqu'à un état voisin de l'idiotie. Ce sont ces troubles psychiques accessoires que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre, renvoyant pour l'étude de la chorée elle-même aux traités de pathologie interne.

Faisons tout d'abord observer que la chorée vulgaire ou chorée de Sydenham, dont il est question ici, n'a absolument rien de commun avec les épidémies mentales du moyen âge connues sous le nom de *dansomanie*, de *choréomanie*, de *danse de Saint-Guy*, de *Saint-Whyt*, etc., dont nous avons donné une courte description dans le précédent chapitre.

Historique. — Sydenham, qui le premier a donné la description de la chorée, ne fait aucune mention des troubles cérébraux qui accompagnent cette maladie. Cullen au contraire a noté les perversions de caractère des choréiques qu'il rapproche de celles des hystériques; P. Franck parle des troubles de mémoire qu'éprouvent ces malades et reconnaît qu'ils deviennent parfois aliénés ; J. Franck et Bernt ont fait les mêmes observations sans pousser plus loin l'étude de ces phénomènes.

D'après Bouteille, un idiotisme léger s'observe chez de

nombreux malades atteints de chorée. Blache insiste particulièrement sur les modifications de la sensibilité morale et du caractère. Enfin Marcé a complété ces indications vagues dans une étude sur l'état mental des choréiques, publiée dans les Mémoires de l'Académie de médecine (1860) et résumée dans son traité des maladies mentales. C'est ce travail très complet qui nous servira de guide dans les développements qui vont suivre.

Fréquence des troubles intellectuels dans la chorée. — Dans un tiers des cas environ, la chorée ne s'accompagne d'aucun trouble intellectuel. On ne sait à quelle cause rattacher cette immunité sur laquelle le sexe, l'âge, l'intensité et l'étendue des mouvements choréiques semblent n'exercer aucune influence. L'acuité ou la chronicité de la maladie paraissent elles-mêmes n'avoir aucune action de ce genre. A côté des malades qui guérissent en un mois ou six semaines de leur chorée sans offrir la moindre perturbation morale ou intellectuelle, on en rencontre d'autres qui, atteints depuis dix, vingt, trente ans, ont conservé l'intégrité absolue de leurs facultés intellectuelles. Bien que la chorée chronique amène le plus souvent un affaiblissement progressif de l'intelligence, on ne saurait donc ériger ce fait en règle générale.

§ 2. — Troubles intellectuels dans la chorée

Les troubles intellectuels de la chorée sont de simples modifications du caractère, de l'affaiblissement de la mémoire et des autres facultés intellectuelles, des hallucinations, ou de véritables accès d'aliénation mentale.

Trouble de la sensibilité morale ; affaiblissement intellectuel. — Chez la plupart des choréiques on rencontre une grande mobilité nerveuse, une impressionnabilité excessive, des troubles hystériformes, des étouffements, des vertiges. Chez les enfants, l'humeur est d'une irritabilité extrême : ils rient niaisement ou s'abandonnent à des accès de pleurs à propos des causes les plus insignifiantes ; tantôt ils sont d'une gaieté excessive, tantôt au contraire portés à la tristesse ; dans d'autres cas, ils sont

soumis à d'incessantes fluctuations entre une excitation et une dépression anormales.

Le caractère s'altère profondément; les enfants deviennent irascibles, impatients, menteurs, agressifs, indomptables ; les adultes deviennent bizarres, quinteux, colères, incapables de supporter la moindre contradiction. Marcé a cru remarquer que lorsque la chorée porte sur les muscles phonateurs, l'excitation nerveuse est sensiblement augmentée. Les malades incapables d'exprimer leurs pensées s'épuisent en efforts superflus, s'impatientent et s'irritent d'autant plus que l'articulation des sons est plus difficile.

Ces modifications de la sensibilité morale précèdent en général de quelques jours l'explosion des symptômes choréiques et durent autant que ces derniers, quand ils ne persistent pas après la guérison définitive de la maladie principale.

Les troubles intellectuels n'existent jamais indépendamment des troubles de la sensibilité morale. Ils consistent principalement en un affaiblissement de la mémoire et de l'attention : les sujets les plus intelligents, surtout le matin, oublient presqu'immédiatement ce qu'on leur dit, les recommandations qu'on leur fait, les commissions qu'on leur donne; ils oublient les circonstances les plus intimes concernant leurs amis ou leurs connaissances.

Leur défaut d'attention se traduit par une mobilité incessante des idées qui se succèdent sans aucun enchaînement. Presque toujours ils adressent de nouvelles questions sans attendre qu'on ait répondu à celles qu'ils viennent de faire. Si l'on cherche à fixer quand même leur attention, leur face se congestionne et ils éprouvent des vertiges et un notable malaise. Dans certains cas, ce défaut d'attention va jusqu'à l'apparence de l'idiotie : les malades ont une physionomie hébétée et niaise, qu'aucun reflet d'intelligence n'éclaire.

Au fur et à mesure que les mouvements choréiques s'affaiblissent et que la maladie fait des progrès vers la guérison, les troubles de la sensibilité et de l'intelligence s'atténuent eux-mêmes et disparaissent d'une façon progressive jusqu'au retour complet de l'état mental antérieur. Exceptionnellement on voit persister, après la

guérison de la chorée, un état mental bizarre, voisin de l'aliénation mentale.

Hallucinations. — On rencontre encore chez les choréiques, soit seules, soit associées à d'autres troubles intellectuels, des hallucinations affectant preque exclusivement le sens de la vue. Une fois seulement, Marcé a rencontré des hallucinations de l'ouïe et trois fois des hallucinations de la sensibilité tactile. Cependant Ritti (1) a publié une observation dans laquelle les hallucinations étaient généralisées à presque tous les sens. La malade, âgée de dix-neuf ans, non hystérique, avait des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale, de l'odorat et du goût. Elle apercevait des lumières, voyait une araignée sur son édredon, un chat dans son oreiller; elle entendait des voix d'hommes, des bruits de portes qui se ferment, croyait sentir des piqûres d'épingles, éprouvait des démangeaisons, sentait des odeurs de soufre, de savon, de chandelle, et croyait trouver un goût de poison à ses aliments. La malade guérit.

Les hallucinations se rencontrent principalement chez les adultes du sexe féminin, rarement chez les hommes et chez les enfants. Leur plus grande fréquence chez les femmes semble résulter de ce qu'il existe en même temps chez elles des symptômes hystériques. Elles se produisent, non pendant l'état de veille, comme chez les aliénés, mais dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil, dans l'assoupissement qui précède ce dernier et se prolongent parfois pendant l'état de rêve. Voici la description que Marcé donne de ce phénomène :

« Il suffit aux malades de fermer les yeux pour voir autour d'eux des objets effrayants, des fantômes, des figures fantastiques, des têtes de morts, des croix, des cercueils, des cimetières, parfois des sorciers avec tout leur appareil; ou bien encore des animaux, des lions, des loups, des chats, des chiens, qui grimpent sur leur lit, se cachent dans les rideaux, pour reparaître un instant après. Dans certains cas, ce sont au contraire des figures amies, des parents, qui sont le sujet de ces visions, mais

(1) Ritti, *Union médicale*, 1873.

ils apparaissent très malades, à l'agonie ou dans mille positions pénibles. Lorsque la chorée a éclaté à la suite d'une vive frayeur, souvent l'objet qui a si vivement frappé l'attention détermine la nature de l'hallucination. Une de nos malades devenue choréique au moment de la mort d'une jeune sœur qu'elle avait vue succomber, avait sans cesse le soir cette vision devant les yeux. Une autre, citée par Bouteille, voyait devant elle le chien noir qui, en l'effrayant, avait déterminé l'explosion de la chorée. Une jeune fille que nous avons observée à l'Hôtel-Dieu, était vivement impressionnée chaque matin par la visite des médecins, et ne pouvait s'endormir le soir sans les voir nettement autour de son lit.

« Lorsque les malades ouvrent les yeux, les visions persistent pendant quelque temps encore, et souvent en changeant de forme et d'aspect, puis elles finissent par disparaître et reviennent de nouveau dès que les paupières s'abaissent, pour se reproduire sous forme de rêves, même au milieu d'un profond sommeil. Il en résulte pour les choréiques beaucoup d'inquiétude et d'angoisse; ils s'endorment avec peine et éprouvent alors un vif sentiment de terreur qui se traduit par des cris, de l'agitation ou des précautions puériles: une de nos malades fermait chaque soir avec soin les rideaux de son lit; une seconde se cachait sous ses couvertures; une troisième se plaçait un oreiller devant les yeux pour tenter, mais en vain, de faire disparaître les visions qui l'effrayaient. Lorsque c'est pendant le rêve que les hallucinations surviennent, on voit ces réveils en sursaut, ces cris, ces cauchemars observés depuis longtemps chez les choréiques, mais dont on n'avait pas encore suffisamment cherché le point de départ. »

Les hallucinations du toucher s'associent parfois aux hallucinations visuelles et les malades sentent grimper sur eux les animaux qu'ils voient autour de leur lit.

Les hallucinations apparaissent tantôt comme phénomène précurseur des mouvements choréiques, tantôt au moment où la maladie atteint à son paroxysme. Elles peuvent persister pendant plusieurs mois et récidiver à plusieurs reprises. Leur disparition coïncide toujours avec une diminution sensible des phénomènes spasmodiques.

Folie choréique. — Dans quelques cas, à l'hébétude, au trouble de la sensibilité morale, aux hallucinations, vient s'ajouter un véritable délire de *forme maniaque* qui donne à la maladie une gravité exceptionnelle. Tantôt il apparaît dès le début de la chorée, et avec une telle violence que les symptômes propres à cette dernière peuvent passer momentanément inaperçus. Tantôt il n'éclate que dans le cours même de la maladie. Les mouvements convulsifs s'aggravent, le pouls devient fébrile, la sensibilité s'exalte, les idées deviennent confuses et incohérentes; les hallucinations terrifiantes se manifestent; enfin l'agitation devient incoercible.

Marcé admet deux formes de *manie choréique*: l'une caractérisée par une agitation effrayante, des cris rauques et inarticulés, un délire incohérent, des paroles sans aucune suite; l'autre, où le délire se rattache d'une manière intime aux hallucinations qui commandent les conceptions délirantes.

La manie choréique est des plus graves, car elle se termine souvent par des accidents analogues à ceux du *délire aigu*. Le pouls s'accélère, la peau est brûlante, la langue sèche, il y a du mâchonnement et de la sputation; l'agitation prend des proportions effrayantes, et le malade ne peut être contenu, car l'emploi des procédés de contrainte est suivi d'excoriations se développant sur toutes les parties saillantes. Enfin il succombe dans le coma qui succède à des mouvements ataxiques d'une intensité extraordinaire.

Lorsque la manie choréique se termine par la guérison, ce n'est qu'après une période d'hébétude plus au moins longue, pendant laquelle persistent parfois des idées délirantes puériles de persécution qui ne disparaissent que lentement après le retour complet de la vigueur intellectuelle.

Marcé n'attribue à la folie choréique que la forme maniaque. Cependant nous avons observé un cas de véritable mélancolie choréique dont nous croyons devoir donner la relation, en raison de sa rareté.

Irma M..., âgée de 21 ans, entre le 15 mai 1876, atteinte depuis trois mois de chorée accompagnée de troubles intellectuels. Comme antécédents héréditaires on compte

une tante paternelle et une sœur ayant éprouvé des troubles intellectuels. La malade est aménorrhéique depuis un an et l'explosion des accidents actuels a été précédée par un violent chagrin d'amour et des excès de travail intellectuel.

La maladie a commencé par des mouvements choréiques. D'abord peu intenses, ils prédominaient dans les membres supérieurs et dans les muscles de la face. Après une première accalmie, d'une durée de quinze jours, ils se sont reproduits en s'accompagnant cette fois de troubles intellectuels.

Le délire a revêtu la forme mélancolique avec prédominance d'idées religieuses et démoniaques. Elle éprouvait une vive douleur dans la région épigastrique, qu'elle attribuait à la présence du démon dans son estomac : elle se croyait possédée. Elle avait des hallucinations terrifiantes de la vue, voyait des diables, des êtres fantastiques. Dominée par la crainte de mourir, elle annonçait sa mort pour une heure déterminée et allait s'installer devant la pendule, en proie à la plus vive anxiété. Dès que l'heure fatale avait sonné, une détente salutaire se produisait et les obsessions délirantes cessaient pour quelque temps.

A l'entrée, on constate des mouvements convulsifs de la face, des bras et des mains. Dès le lendemain, les mouvements choréiques envahissent la totalité du tronc, les épaules, la tête et le cou. Le délire mélancolique anxieux est très vif ; la malade est en proie à des hallucinations terrifiantes ; elle n'a aucun repos, crie, se mord, se contusionne, déchire ses vêtements, grince des dents, pousse des exclamations de désespoir, telles que : Je suis perdue !... Ah !... que je suis malade ! etc.

De temps en temps les mouvements convulsifs et le délire se calment simultanément pour subir bientôt de nouveaux paroxysmes. Aux symptômes mélancoliques précédents s'ajoutent plus tard des idées obsédantes avec impulsions et de la coprophagie.

Cependant au bout de quatre mois de séjour, après de nombreuses alternatives de mieux et d'aggravation, une amélioration persistante se produit; la chorée disparaît; le délire est remplacé par un peu de tristesse et de dépres-

sion. Enfin la malade sort le 18 août dans un état des plus satisfaisants.

§ 3. — Traitement

Les troubles intellectuels de la chorée ne réclament d'autre traitement que celui de la chorée elle-même. Rappelons qu'on a vanté dans cette maladie : les opiacés à haute dose; les inhalations du chloroforme répétées deux ou trois fois dans la journée; les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale ; l'hydrate de chloral à doses fréquemment renouvelées; le bromure de potassium à la dose de 2 à 6 grammes par jour; l'arsenic dont l'efficacité est surtout bien réelle chez les malades lymphatiques, anémiques et affaiblis ; l'électricité galvanique (courants continus descendants); la gymnastique appliquée méthodiquement.

A titre de médication adjuvante on pourra recourir suivant les cas aux toniques, au fer, aux affusions froides, aux bains sulfureux et aux antispasmodiques parmi lesquels on doit placer en première ligne les bains tièdes prolongés avec irrigations froides sur la tête, toutes les fois que la trop grande intensité des mouvements convulsifs ne s'opposera pas à ce mode de traitement.

CHAPITRE IV

ALCOOLISME

§ 1er.— Définition

On désigne sous le nom d'*alcoolisme*, l'ensemble des accidents aigus et chroniques causés par l'abus des liqueurs alcooliques. Nous ne nous occuperons dans ce chapitre que de ceux de ces troubles qui ont pour siège le système nerveux central et en particulier le cerveau.

§ 2.— Etiologie

Il y a en France 320,000 cabarets, soit 1 pour 100 habitants ou 1 pour 25 consommateurs. Le nombre de ces établissements a augmenté d'un quart depuis la loi du 29 juillet 1880 (1). Si l'on ajoute que les boissons alcooliques consommées sont presque exclusivement fabriquées avec des alcools impurs et par conséquent toxiques, on comprendra l'importance sans cesse croissante de l'alcoolisme au point de vue pathologique et le nombre de plus en plus grand des cas de folie causés par cet empoisonnement.

Nous avons à examiner au point de vue étiologique : 1° l'individu intoxiqué ; 2° la nature et la quantité du liquide toxique.

Tout individu qui s'alcoolise apporte un *élément personnel* (2), c'est-à-dire que sous l'influence d'une dose d'alcool donnée, il réagira à sa manière, qui sera différente de celle de son voisin. A notre point de vue, on peut admettre deux grandes classes d'individus : ceux qui sont réfractaires à l'alcoolisme ; ceux qui y sont absolument sensibles.

(1) J. Rochard, *Acad. de méd.*, 1886.

(2) Lasègue, *Des manifestations cérébrales de l'alcoolisme. Etudes médicales*, t. II ; 1884.

Ces derniers appartiennent eux-mêmes à l'une des trois catégories suivantes : 1° ou ce sont des héréditaires ; des prédisposés, comptant des aliénés ou des névropathes parmi leurs ascendants, et ayant eux-mêmes donné des signes plus ou moins nombreux de déséquilibration mentale ; 2° ou ce sont des convulsifs, des épileptiques, excessivement sensibles à l'action de l'alcool ; 3° ou enfin ce sont des *cérébraux*, c'est-à-dire des individus qui n'ayant aucune prédisposition héréditaire, ont cependant perdu leur résistance cérébrale par suite d'un acte pathologique quelconque à déterminaison encéphalique (Lasègue).

Les *conditions hygiéniques* dans lesquelles se trouvent les individus qui s'alcoolisent ont une importance considérable au point de vue de la marche de l'intoxication ; une alimentation reconstituante et une vie exempte de fatigue atténuent les effets des abus alcooliques ; au contraire les privations, la misère, les excès de fatigue, la débauche en hâtent l'apparition et leur donnent une intensité plus considérable.

Les *conditions morales* et *intellectuelles* ont aussi leur importance. Beaucoup d'individus de toutes les conditions cherchent dans l'alcool l'oubli de leurs chagrins. L'action toxique des boissons s'ajoute à ces fâcheuses dispositions morales, et hâte l'explosion de la folie qui, selon Marcé, prendrait alors plus volontiers la forme mélancolique.

Certaines professions semblent prédisposer particulièrement aux excès alcooliques et à leurs conséquences. Dans les villes, les marchands de vins, les cochers, les cuisiniers, les ouvriers qui supportent de grandes fatigues, qui sont obligés de lutter contre le sommeil, ou qui sont exposés à un feu ardent sont ceux qui sont atteints le plus souvent de délire alcoolique. A la campagne, des recherches spéciales nous ont permis d'établir que la population rurale proprement dite, celle qui se livre exclusivement aux travaux agricoles, fournit, bien que sa sobriété ne soit pas plus grande, moins d'alcooliques que la classe des artisans. Les excès des premiers, en effet, sont intermittents, ils coïncident avec les jours de chômage et comme ils n'ont pas de lendemain, le poison s'élimine rapidement, grâce à la sobriété des jours ouvrables. Les seconds au contraire, habitant au centre de la commune, et par

conséquent dans le voisinage immédiat du cabaret, renouvellent leurs excès fréquemment et arrivent plus sûrement à dépasser la mesure de résistance de leur système nerveux et à s'intoxiquer d'une façon complète. Dans l'asile de la Roche-sur-Yon, la profession de forgeron a fourni pendant une période déterminée 14 admissions; chez 10 de ces malades, soit 71 pour 100, les excès alcooliques ont été signalés comme cause déterminante de l'aliénation mentale. Nous pourrions faire des remarques analogues à propos des charrons, des serruriers, des menuisiers et autres artisans du même genre.

Le *mode d'ingestion* des boissons alcooliques n'est pas sans exercer une influence notable sur l'intoxication. « Pour arriver à l'intoxication chronique, il faut, dit Lasègue, boire peu et souvent, soit à jeun, soit dans l'intervalle des repas. L'état de vacuité de l'estomac a une importance considérable. »

Au point de vue de la *nature du liquide*, le même auteur fait remarquer que la boisson la plus employée est le vin. Un quart seulement des alcooliques le seraient par l'eau-de-vie ; ce sont les gens qui se livrent à des travaux musculaires considérables, les ouvriers à professions pénibles.

L'absinthe, si fortement incriminée, n'entre que pour une part insignifiante dans la masse des cas d'alcoolisme. Cependant, selon Magnan (1), cette liqueur aurait des propriétés nocives spéciales indépendantes de l'alcool qu'elle contient. Tandis que l'alcool a besoin de préparer le terrain pour faire éclore son délire, l'absinthe pourrait d'emblée produire des hallucinations avec des frayeurs ; de plus, il faudrait mettre à son actif toutes les attaques épileptiformes qu'on rencontre chez les alcooliques aigus; l'intoxication alcoolique proprement dite ne devant être responsable que des accidents épileptiformes qui surviennent dans la période chronique. Nous ne pensons pas que la clinique ait confirmé cette manière de voir, et la plupart des cliniciens ont pu observer des attaques convulsives dans le cours de l'alcoolisme aigu ou subaigu chez des individus qui n'avaient jamais bu d'absinthe.

(1) Magnan, *De l'alcoolisme, des diverses formes de délire alcoolique et de son traitement ;* 1874.

§ 3. — Symptomes

Nous étudierons successivement les effets de l'alcool sur les fonctions intellectuelles : 1° dans l'ivresse ; 2° dans l'alcoolisme subaigu ; 3° dans l'alcoolisme aigu ; 4° dans l'alcoolisme chronique ; 5° dans les diverses formes mentales, soit qu'il agisse vis-à-vis d'elles comme cause occasionnelle; soit qu'il en modifie la physionomie par l'immixtion de symptômes qui lui appartiennent exclusivement.

Ivresse. — Les premiers phénomènes produits par l'usage immodéré de l'alcool sont ceux de l'ivresse.

L'individu qui s'enivre commence par éprouver une légère excitation générale ; il se sent envahi par une douce chaleur, un sentiment de plénitude, de bien-être ; son intelligence devient plus vive, ses idées plus abondantes ; il oublie ses préoccupations et ses chagrins ; sa conversation et ses gestes s'animent, son visage se colore, son pouls s'accélère ; il s'abandonne aux épanchements confidentiels et à la vivacité de ses sentiments intimes.

Peu à peu l'excitation augmente, se traduit par des gestes exubérants, par une loquacité croissante ; par l'expression de sentiments exagérés. Les idées se pressent plus confuses, la possession de soi diminue de plus en plus et, selon son caractère, ses dispositions d'esprit au moment de l'ivresse, sa race, la nature de la boisson et la façon dont elle a été ingérée, l'homme ivre se présente sous les aspects les plus divers : gai, tendre, vaniteux, téméraire, querelleur, agressif, parfois sombre et mélancolique.

A cette période d'exaltation simple, succède une exaltation désordonnée, une véritable perturbation intellectuelle, la conscience s'obscurcit, les idées deviennent confuses et incohérentes ; la loquacité vive et spirituelle est remplacée par un bavardage inepte ; l'ouïe et la vue, en même temps qu'elles deviennent obtuses, offrent des illusions nombreuses ; l'odorat et le goût sont pervertis ; une analgésie, puis une anesthésie complète se mani-

festent ; les mouvements perdent de leur précision ; la démarche devient titubante, le regard atone, la parole pâteuse ; les sphincters se relâchent, les fonctions languissent, les pupilles se dilatent, des vomissements apparaissent ; le corps se couvre de sueur, la température s'abaisse, et l'individu ivre tombe dans une sorte de sommeil comateux avec abolition complète de toutes les fonctions de relation.

Chez quelques individus, surtout les ivrognes invétérés, l'ivresse peut présenter quelques différences d'aspect qui permettent jusqu'à un certain point de lui reconnaître trois variétés : expansive, dépressive et stupide (1).

Dans l'ivresse expansive, le buveur est content, satisfait de lui-même et des autres ; il sourit avec complaisance et voit tout en beau. Dans l'ivresse dépressive, l'individu tombe sans transition dans la tristesse et le découragement ; il raconte ses malheurs, se plaint de la destinée, voit tout en noir, se croit enveloppé de la malveillance de tous ; il se désole et se lamente. Enfin dans la variété stupide, le buveur tombe presqu'aussitôt dans un état d'assoupissement qui va jusqu'au complet collapsus.

Faisons-le remarquer de nouveau : les individus chez qui l'ivresse se manifeste sous ces aspects divers ont déjà franchi la première étape marquée par l'ivresse simple.

Il existe aussi des ivresses anormales dont les principales sont l'ivresse maniaque et l'ivresse convulsive.

L'*ivresse maniaque* est consécutive à un excès d'importance variable. Après quelques symptômes d'ivresse légère éclate une agitation furieuse : les yeux sont brillants, hagards ; le malade pousse des cris furieux, profère des paroles incohérentes, n'a aucune conscience de ce qui se passe autour de lui, et dans l'excès de sa fureur, se livre à des actes automatiques pouvant aboutir à l'homicide ou au suicide. Parmi les exemples fournis par les auteurs de ces paroxysmes maniaques subits sous l'influence de l'ivresse, il est facile de reconnaître qu'il s'agit d'épileptiques dont le délire spécial a simplement été

(1) J. Lentz. *De l'alcoolisme ;* 1884.

provoqué par l'ingestion d'une dose trop forte d'alcool (Lentz).

L'*ivresse convulsive* a un début brusque souvent instantané. Les malades sont pris de mouvements désordonnés qui se rapprochent des convulsions hystériques. Ils se précipitent à terre, se livrent aux contorsions les plus bizarres, bondissent, se roulent, projettent leurs membres dans tous les sens, cherchent à mordre, exécutent en un mot les mouvements les plus incohérents. Pendant ce temps, l'intelligence semble épuisée, anéantie ; il n'y a ni délire pendant la crise, ni souvenir après retour à l'état normal.

Alcoolisme subaigu. — Dans l'alcoolisme subaigu, les troubles intellectuels consistent principalement en hallucinations, rarement de nature gaie, le plus souvent de nature pénible, d'où découlent des conceptions délirantes qui ont pour effet de provoquer l'étonnement ou la terreur du malade.

Les *hallucinations* de l'alcoolique sont excessivement mobiles, se déplacent et se transforment incessamment, ont au plus haut point, en un mot, le caractère fantastique. Aussi ses impressions et ses conceptions délirantes sont elles-mêmes changeantes, se multipliant sans arrêt, disparaissant pour revenir bientôt ou pour en engendrer d'autres.

Les perceptions illusoires reproduisent des points lumineux et mouvants, des choses qui s'agitent, que le malade suit de l'œil et qu'il cherche à saisir, des hommes, des animaux; elles se développent d'une façon graduelle, passant de l'illusion à l'hallucination élémentaire, puis à l'hallucination complète. Bien qu'aucune formule générale ne puisse donner la caractéristique des fantaisies singulières qui naissent dans le cerveau des malades, il est nécessaire, cependant, de chercher à en donner une idée d'ensemble.

Dans les hallucinations de la vue, le malade voit d'abord des lueurs, des flammes, des étincelles, des nuages qui obscurcissent sa vue ; une tache se forme devant son œil, elle se limite, prend des contours réguliers, forme une tête, des pattes, se change peu à peu en

un animal quelconque; elle se déplace, vient vers lui, s'éloigne, s'évanouit, revient à la charge. La zoospie de l'alcoolique est extrêmement variée; ce sont des lions, des tigres, des loups, des chats, des chevaux, des rats, des souris, des araignées, des poux, des puces, des serpents, des crapauds, des dragons fabuleux, des chimères fantastiques; cependant les petits animaux y prédominent. Ces visions traversent l'appartement, semblent se précipiter sur le malade, courir sur son lit, se cacher sous ses couvertures, grandir, diminuer, disparaître, se perdre dans les murs, sortir du plafond. Il verra encore des figures grimaçantes qui grossissent, diminuent, s'éloignent, se rapprochent; des incendies, des luttes, des batailles, des troupes d'individus qui l'assaillent et le jettent dans la plus violente terreur. Quelques-uns voient des oiseaux brillants, des fleurs, des paysages, des tableaux, des danses; et ces visions riantes peuvent se mêler aux hallucinations terrifiantes, et contribuer à créer un délire de nature pénible.

Dans ses hallucinations de l'ouïe, l'alcoolique entend des bourdonnements, des cloches, des glas funèbres, la fusillade, le tambour, des chants, des injures, des provocations, des cris de détresse, des gémissements, des prières, la voix de personnes connues.

Les illusions et les hallucinations du goût et de l'odorat sont moins nombreuses que les précédentes, pourtant elles sont assez fréquentes et ont un caractère pénible. Le malade sent des odeurs de soufre, de matières putrides; ses aliments contiennent des substances aigres, nauséabondes, des poisons, du vitriol, de l'arsenic.

Les *troubles de la sensibilité générale* viennent d'ordinaire s'ajouter aux précédents. Il en est qui sentent et voient des animaux, des insectes ramper sur leur peau, ou dévorer un de leurs membres; des aiguilles leur passer entre cuir et chair, d'autres sont étouffés par des cercles de fer qu'ils s'efforcent en vain d'écarter; ils se sentent empêtrer dans des liens qu'ils cherchent à éviter en marchant, etc.

Bien que variant à l'infini, toutes ces hallucinations se meuvent dans un ordre de perceptions presqu'exclusivement pénibles d'un caractère terrifiant. Le plus souvent

elles réflètent l'objet des occupations journalières ou des préoccupations dominantes des malades. Pendent la guerre, ils voyaient des Prussiens, s'entendaient traiter d'espions; plus tard, les communards voyaient des versaillais, les versaillais des communards; sous l'empire, c'étaient des mouchards, des agents de police; les filles publiques assistent à des scènes de débauche; les maris voient leurs femmes les tromper. D'autres ont des visions incohérentes qui se succèdent avec rapidité sans se rattacher à rien; ce sont des scènes de viol, de supplices, de vol, d'assassinat.

Lasègue a bien fait ressortir certaines particularités typiques du délire alcoolique. Tandis que l'halluciné ordinaire n'éprouve jamais le moindre doute au sujet de la réalité de ses fausses perceptions, l'alcoolique fait quelquefois des restrictions et a comme une demi-conscience qu'il est le jouet d'un trouble de ses sens. « Une autre caractéristique, c'est le travail par lequel il cherche à expliquer sa vision et à lui donner une cause.

« Lorsque l'alcoolique a une conception délirante qui n'a pas son origine dans un trouble visuel, cette conception touche de près ou de loin à l'idée de la mort. Tantôt il a entendu crier à ses oreilles: Il faut le tuer; voleur, canaille, assassin. Tantôt il viendra s'accuser d'avoir tué son père ou un membre de sa famille. Quand un homme vient dire qu'il a tué quelqu'un sans que cela soit vrai, il y a 99 chances sur 100 pour que ce soit un alcoolique. On en arrête tous les ans à Paris plus de cinquante dans ces conditions.

« Si l'on pousse les alcooliques dans leurs idées d'hallucination, ils vous y suivent, ce que ne fera pas un autre halluciné. L'alcoolique est un homme à moitié éveillé.

« C'est encore à eux qu'appartiennent certaines idées baroques et bizarres qu'ils sont presque les seuls à avoir. Quelques exemples entre mille: l'un s'est déboutonné et cherche une mouche dans son pantalon. Un autre s'arrête devant une boutique qu'on est en train de fermer; il a vu une femme cachée derrière les volets; on veut la tuer, lui vient pour la sauver; vous voyez d'ici la querelle et les proportions homériques du rassemblement qui en

a été la conséquence. Un troisième se sauve de chez lui en courant, car ses voisins veulent incendier sa maison. Un quatrième va se plaindre qu'on veut le circoncire pour le convertir à la religion juive. Un cinquième, pris de délire alcoolique à la suite d'une angine, est le plus grand masturbateur de tout Paris, on lui a mis un membre en plomb qui ne tient pas suffisamment, ce qui lui cause de très grands ennuis. Un autre, étant au restaurant, se mouche dans un plat et veut se laver les pieds dans un verre. Un septième prétend qu'on lui a coupé la verge. » (1)

Suivant leur intensité et le caractère du sujet, les fausses perceptions donnent lieu à des réactions différentes qui peuvent être classées sous trois chefs : les formes maniaque, mélancolique et stupide (2), qui d'ailleurs n'ont rien de bien tranché et peuvent alterner ou se succéder chez le même malade.

Dans la *forme maniaque*, le malade en proie à l'anxiété, à la terreur ou à la colère que lui inspirent les scènes pénibles auxquelles il assiste, se querelle, répond, injurie, s'élance, s'enfuit. Ses paroles sont incohérentes, mais quelque désordonnées que soient ses idées, elles ne s'écartent pas d'un cercle assez restreint de conceptions en rapport avec le champ limité des perceptions illusoires.

Dans la *forme mélancolique*, le malade ne réagit pas; il assiste sombre, inquiet, défiant aux scènes lugubres qui se passent sous ses yeux, il croit être accusé de crimes, s'imagine qu'on va le juger, l'exécuter; il assiste à la mort de ses parents, à leur enterrement, etc.

La *forme stupide* n'est qu'un degré plus élevé de la précédente; l'épouvante rend le malade immobile et étranger au monde extérieur.

Le délire alcoolique subaigu n'entraîne que rarement des violences graves contre les personnes, les malades étant trop occupés à poursuivre leurs chimères ou à se détourner des chimères qui les poursuivent; en revanche, il est souvent signalé par des *tentatives de suicide*. L'indi-

(1) Lasègue, *Etudes médicales*, t. II, p. 241.
(2) Magnan, *De l'alcoolisme, du délire alcoolique et de son traitement;* Paris, 1874.

vidu atteint d'alcoolisme subaigu, poursuivi par des inquiétudes qui sont le fonds même de son délire, conforme ses actes à ses dispositions anxieuses et ne tarde pas à songer à la mort volontaire pour échapper à ses craintes imaginaires. Le plus souvent cette tendance éclate au hasard et la tentative qui la suit est elle-même instantanée, ne résulte jamais des moyens qui supposent une lente préméditation. D'autres fois le malade hésite, recule et finit par renoncer à son projet. Une nouvelle dose de boisson alcoolique suffit souvent à raviver le courage en redoublant l'excitabilité délirante. Aussi voit-on des alcoolisés, conscients de leur manque de décision, s'efforcer de trouver l'appoint qui leur manque par des excès répétés avec préméditation. Leurs procédés habituels ne sont ni l'asphyxie, ni les armes à feu ; ils s'étranglent, se pendent, se jettent à l'eau, se précipitent d'un lieu élevé ou se frappent avec un instrument tranchant (Lasègue).

Parmi les *symptômes physiques* qui accompagnent le délire alcoolique, il faut citer le tremblement, qui est constant et facile à découvrir en faisant étendre les mains du malade. Il consiste dans une trépidation musculaire à intervalles très courts.

Beaucoup d'alcooliques subaigus sont en outre sujets à des mouvements convulsifs des membres qui simulent l'incoordination des paralytiques généraux. D'autres présentent de l'amblyopie, des anesthésies sensorielles et sensitives. Notons encore les désordres digestifs et l'état de la langue qui est blanche, saburrale, ou rouge, fendillée et animée de mouvements convulsifs.

On observe dans quelques cas un *délire ambitieux* de nature maniaque se combinant avec les conceptions spéciales du délire alcoolique. Les malades ont à un haut degré un air de satisfaction personnelle ; l'un se croit riche, se sent rajeunir, est capable d'accomplir les plus grandes choses; cet autre possède un talisman envoyé par l'électricité, à l'aide duquel il peut se transporter partout où il lui plaît; tel autre se croit investi de dignités, se prend pour un grand personnage, etc. Ces bouffées de délire ambitieux, qui n'apparaissent que chez les héréditaires, n'empêchent pas le délire toxique de se mani-

fester et de se combiner avec cet élément vésanique; et ces malades, à un moment donné, voient des voleurs qui viennent s'emparer de leurs richesses, se croient environnés d'assassins, sont assaillis par des animaux féroces; ont, en un mot, les hallucinations terrifiantes du délire alcoolique et les conceptions délirantes qui en résultent habituellement.

C'est *pendant le sommeil* que se manifestent les premiers symptômes du délire alcoolique. Le malade a un sommeil pénible, entrecoupé de réveils brusques et en sursaut; il parle, appelle, répond à des interlocuteurs imaginaires, donne des ordres, répète les propos habituels à sa profession. Bientôt il a des cauchemars, des hallucinations presque exclusivement visuelles, ainsi que le comporte le rêve ordinaire. Au réveil tout se dissipe et le malade n'a plus que le souvenir confus de ses anxiétés nocturnes (1).

Le délire nocturne peut constituer toute la crise, se continuer pendant quelques nuits, pour disparaître ensuite. Lorsque le mal se prolonge, on voit le délire de jour éclater brusquement, faisant suite au délire nocturne, et continuant les mêmes hallucinations et les mêmes conceptions délirantes, ce qui a fait dire à Lasègue : le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve (2).

Au bout d'un temps variable, qui n'excède pas quelques jours, les hallucinations diminuent le jour, puis n'accaparent plus toute la période de sommeil; bientôt elles se confinent dans la période intermédiaire entre la veille et le sommeil; et le malade commence à avoir conscience de leur nature pathologique; enfin elles disparaissent définitivement.

Au point de vue de la *durée*, de la *marche* et du *pronostic*, Magnan classe en trois catégories les individus atteints de délire alcoolique subaigu :

1° Les malades atteints de délire alcoolique à convalescence bénigne, rapide et complète, qui guérissent en trois ou quatre jours.

2° Les malades atteints de délire alcoolique à convales-

(1) A. Voisin, *Annales médic. psych.*, 1864.
(2) Lasègue, *Etudes médicales*, t. II, 1884.

cence lente et à rechutes faciles. Chez eux, après la crise, il reste du malaise cérébral, de l'obtusion et de l'incertitude des idées, de l'irritabilité, une impressionnabilité excessive et des idées vagues de persécution. Cet état se rencontre surtout chez des femmes mangeant peu et usant des alcooliques à jeun, dans l'intervalle des repas, dans le but de se soutenir et de se tonifier.

3° Les malades prédisposés, atteints de délire alcoolique à rechutes fréquentes et à convalescence souvent entravée par des idées délirantes affectant plus ou moins la forme des délires partiels.

Ces prédisposés ou héréditaires, présentent une susceptibilité spéciale au point de vue des liqueurs alcooliques; sous leur influence, ils délirent avec facilité et on est surpris, à chaque rechute, de voir un délire assez développé, presque sans l'accompagnement des symptômes physiques ordinaires de l'alcoolisme. Chez eux, l'alcool provoque deux ordres spéciaux de phénomènes : 1° le délire alcoolique spécial; 2° un délire vésanique.

Alcoolisme aigu. Delirium tremens fébrile. — Tous les cas de délire alcoolique n'ont pas une marche aussi simple et ne comportent pas un pronostic aussi favorable que la forme que nous venons de décrire. On désigne, sous le nom d'alcoolisme aigu, de delirium tremens fébrile, une forme grave de ce même délire qui se termine souvent d'une manière fatale.

On en distingue deux variétés principales : l'une es surtout caractérisée par l'intensité du délire ; l'autre par la gravité des symptômes physiques concomitants. Ce qui revient à dire que le délire, tantôt est en rappor avec l'intensité de la maladie, tantôt au contraire revêt des apparences de bénignité trompeuse. Le plus souvent l'activité nerveuse est prodigieuse, l'agitation incessante, et généralisée à tout le corps ; la face est rouge, vultueuse, tous les muscles sont animés d'un tremblement convulsif; la peau est chaude, couverte d'une sueur profuse, répandant parfois l'odeur alcoolique, la langue se sèche et s'encroûte, ainsi que les lèvres, de fuliginosités. La soif est ardente, les yeux injectés, la physionomie altérée, le pouls accéléré, tantôt plein et

fort, tantôt déprimé. Il survient assez fréquemment des attaques épileptiformes.

Le délire spécial se manifeste par des hallucinations pénibles et changeantes, roulant sur les habitudes professionnelles ou les préoccupations morales du malade. L'incohérence est très grande, les idées se pressent tellement dans l'esprit du sujet qu'il ne peut plus en exprimer que des lambeaux saccadés et inintelligibles. Dans un état de jactitation incessant, ses mains et sa tête se portent brusquement dans toutes les directions d'où lui arrivent les perceptions imaginaires.

Il convient, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de ne pas atttacher une importance exagérée à l'intensité des symptômes psychiques, car le delirium tremens à forme grave coïncide parfois avec des réactions délirantes aussi modérées que dans la forme subaiguë.

En somme, les signes caractéristiques de l'alcoolisme aigu fébrile sont les suivants (Magnan) : 1° La fièvre, Toutes les fois que, sans complication pectorale, abdominale, ou autre affection intercurrente capable de provoquer la fièvre, la température rectale après avoir oscillé pendant deux ou trois jours autour de 39 degrés s'élève à 40 ou 41 degrés, le pronostic devient de la plus haute gravité. 2° Les désordres du mouvement. Lorsque le tremblement énorme des bras, des jambes, de la face, qui existe chez l'alcoolique persiste sans modification pendant plusieurs jours, il ne tarde pas à amener un épuisement nerveux profond, un abattement complet des forces, une adynamie progressive, indice d'une irritation intense de l'axe céphalo-rachidien. Certains malades, qui extérieurement ne semblent atteints que d'un tremblement, modéré vibrent cependant de la tête aux pieds et ont tous les muscles dans un état de frémissement ondulatoire perpétuel. 3° La faiblesse musculaire progressive. A la trémulation ataxique des premiers jours succède parfois une paralysie incomplète plus marquée dans les membres inférieurs, et résultant souvent d'hémorrhagies méningées.

Lorsque la maladie doit avoir une terminaison fatale, l'adynamie fait des progrès rapides, le pouls faiblit et devient insensible, des sueurs profuses apparaissent ; le

délire se transforme en rêvasseries de moins en moins intenses, la langue se dessèche, le malade tombe enfin dans le coma et meurt, quelquefois à la suite de dernières attaques épileptiformes. Dans les cas favorables, la température après s'être élevée rapidement à 39 ou 40 degrés redescend ensuite progressivement, et les autres symptômes la suivent dans sa marche rétrograde.

A l'autopsie, on constate parfois des hémorragies méningées; le plus souvent il n'existe qu'une forte congestion des méninges cérébrales et rachidiennes, des suffusions sanguines dans les mailles de la pie-mère, ou de l'œdème de ces mêmes membranes; parfois la substance cérébrale participe à l'hypérémie.

Quelquefois, on retrouve dans le sang et les organes la présence de l'alcool en nature. Lallemand, Perrin et Duroy (1) ont les premiers signalé cette particularité. Magnan (2), trois jours et six heures après le dernier excès a trouvé chez un malade de l'alcool dans le cerveau et le foie. Voisin (3) a présenté à la société anatomique plusieurs cerveaux d'individus morts d'alcoolisme aigu qui, quatre et cinq jours après la mort, offraient l'aspect d'une pièce macérée dans l'alcool.

Alcoolisme chronique. — Les formes précédentes sont des états transitoires qui se manifestent, tantôt chez les individus habituellement sobres, mais ayant fait momentanément de grands excès alcooliques; tantôt chez des ivrognes ayant passagèrement dépassé leur limite de saturation. Lorsque les excès alcooliques sont habituels, ils entraînent à la longue non seulement des accidents aigus, mais des troubles permanents dans toutes les grandes fonctions de l'organisme; résultat d'une altération lente de la nutrition sous l'influence de la présence continuelle du poison. Un double processus se développe, l'un qui aboutit à la dégénérescence graisseuse, l'autre à l'irritation chronique diffuse, à la sclérose des tissus et

(1) Lallemand, Perrin et Duroy, *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme;* Paris, 1861.
(2) Magnan, *loc. cit.*
(3) A. Voisin, *Leçons cliniques sur les maladies mentales:* 1883.

des organes ; et l'on voit l'un ou l'autre prédominer, suivant les individus.

Au point de vue physique, les symptômes de l'alcoolisme chronique qui se manifestent dans la sphère nerveuse sont excessivement nombreux. Les malades accusent des *troubles de la sensibilité*, des picotements de la peau, surtout aux pieds et aux mains, des fourmillements, des engourdissements, des crampes, des sensations anormales de froid ou de chaud, des hypéresthésies et des anesthésies. Ces phénomènes sont le résultat de lésions diffuses des centres nerveux. Lorsqu'il se forme des lésions en foyer, par suite de la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux, on constate des hémiplégies pouvant affecter à la fois le mouvement et la sensibilité ; c'est ainsi que Magnan a pu décrire une forme hémi-anesthésique de l'alcoolisme chronique. Les malades éprouvent encore de la faiblesse et du tremblement des bras et des jambes, de la paresse de la vessie et du rectum, de la rétention ou de l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

Le *tremblement* est un élément fondamental de la maladie. Il consiste en mouvements rythmés s'effectuant de haut en bas ; il est vertical (Lasègue), tandis que celui de la paralysie générale est plutôt choréique et s'exécute dans tous les sens. Il varie selon les sujets, et peut momentanément disparaître après l'ingestion d'un liquide alcoolique. Il affecte surtout les mains, les avant-bras et souvent la langue.

D'autres symptômes moins constants se rencontrent encore dans l'alcoolisme chronique : ce sont des céphalalgies, des vertiges, des étourdissements avec pesanteur de tête, des éblouissements, des faiblesses passagères dans un membre, des pupilles inégalement dilatées et déformées de diverses manières. Certains malades ont des attaques apoplectiformes suivies d'hébétude et de coma ; d'autres des accès épileptiques de forme jacksonnienne avec conservation de la conscience ; d'autres enfin de grandes attaques épileptiques de forme ordinaire. Ces dernières se développent soit à la suite d'une émotion morale, soit après des excès plus considérables que d'habitude.

Les *organes des sens* sont eux-mêmes plus ou moins affectés. La vue s'affaibit, les objets apparaissent comme enveloppés d'un nuage, des illusions et des hallucinations se produisent. Certains malades voient les objets doubles, aperçoivent des insectes voltiger autour d'eux, ont des visions lumineuses, fantastiques, des rêves effrayants où la zoopsie prédomine. Les troubles de l'ouïe sont plus rares. Les troubles de la sensibilité générale consistent en douleurs que les malades comparent à des brûlures, à des morsures et qui sont la source de conceptions hypocondriaques.

Les *symptômes psychiques* relèvent surtout de la démence : la mémoire s'affaiblit, le jugement perd de sa rectitude, le sens moral diminue, l'imagination s'éteint, les idées semblent perdre leur lien logique et l'incohérence finit par s'établir.

Cet affaissement progressif de toutes les facultés morales et intellectuelles jette peu à peu les malades dans une apathie complète ; abruti, indifférent à tout, sans respect pour lui-même, l'alcoolique arrivé à cette période s'abandonne sans résistance aux exigences de son appétit maladif et s'enfonce de plus en plus dans la démence.

A ces symptômes s'ajoutent le plus souvent des *troubles délirants*, des préoccupations hypocondriaques, des idées de persécution, des illusions, des hallucinations et des rêves pénibles, sorte de diminutif ou de reliquat des accès de délire alcoolique antérieurs. Mais en outre, on rencontre de véritables accès de délire qui se rapprochent plus ou moins des formes ordinaires de la folie.

Ces troubles délirants sont le plus souvent de forme mélancolique. Sous l'influence d'hallucinations de la vue et de l'ouïe extrêmement mobiles, les malades sont en proie à une anxiété extrême. Ils entendent des voix menaçantes qui leur crient qu'on va les assassiner, les empoisonner, les mutiler, les soumettre à la torture ; qui les accusent d'avoir commis des crimes, des actions contre la morale, le viol, la pédérastie. Dans leurs paroxysmes anxieux, les malades sont poussés aux actes les plus dangereux et en particulier au *suicide*.

Dans ce cas, le suicide est impulsif, irraisonné : d'autres alcooliques chroniques en arrivent à se suicider par

ennui de la vie, par un véritable appétit du suicide ; mais dénués de volonté et d'énergie, leurs tentatives sont souvent incomplètes. Ces derniers sont en général des héréditaires, des prédisposés.

On observe encore quelquefois dans l'alcoolisme chronique des poussées de *délire ambitieux* . Ce délire est de forme maniaque, non systématisé, mobile, contradictoire. « Il pèche essentiellement par la logique, et rien dans les actes des malades ne concorde avec leurs récits ; il n'impose son cachet qu'à la parole et à la physionomie, semblable en cela à celui des paralysés généraux. Dans les deux cas, en effet, les conceptions sont excessivement fugaces ; l'alcoolisé en fait bon marché, aussitôt qu'on les discute ; il ne cherche nullement à faire passer dans l'esprit de l'observateur son apparence de conviction et ne prend pas devant vous ce port, ce maintien, ce regard du monomaniaque atteint du délire de grandeur (1) ».

Cette forme de manie ambitieuse s'accompagne en général d'hallucinations de la vue, et présenterait, suivant certains auteurs, une couleur religieuse très accentuée.

Ces accès de délire de forme banale dans le cours de l'alcoolisme chronique peuvent guérir, mais en général ils sont plus longs à disparaître que les accès du délire alcoolique spécial. Dans d'autres cas, ils persistent à un certain degré et ne s'éteignent que peu à peu à mesure que la démence fait des progrès.

On voit aussi dans certains cas l'alcoolisme chronique se terminer par la *paralysie générale*, ce qui ne veut pas dire que les excès alcooliques jouent dans l'étiologie de cette maladie le rôle important que lui attribuent certains auteurs.

La paralysie générale consécutive à l'alcoolisme, en effet, suit une marche spéciale. Elle s'établit lentement, et il existe souvent une longue période intermédiaire pendant laquelle la diagnostic demeure en suspens. Chaque rechute ébrieuse augmente les troubles musculaires et l'affaiblissement intellectuel ; quelques jours d'abstinence et un régime convenable atténuent ces symptômes ; enfin il arrive un moment difficile à préciser où malgré la dis-

(1) A. Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales ;* 1883.

parition des symptômes d'alcoolisme l'embarras de la parole, les tremblements vermiculaires de la langue et de la face ne rétrocèdent plus, car ils dépendent d'une autre cause, d'une encéphalite interstitielle. En même temps apparaissent les symptômes psychiques de cette maladie, l'affaiblissement de l'intelligence, rarement un délire de grandeurs caractérisé, le plus souvent des conceptions mélancoliques ou l'hypocondrie grave. Les hallucinations d'origine alcoolique, par une sorte de retentissement de l'intoxication primitive, persistent parfois très longtemps et provoquent une agitation plus ou moins vive. La terminaison est la même que dans la paralysie générale ordinaire. A l'autopsie, outre les lésions de l'encéphalite interstitielle, on note parfois de *l'athérôme artériel*, des lésions médullaires, des dégénérescences du cœur, des reins, du foie, ou la sclérose de cet organe.

A côté de cette forme de paralysie générale ordinaire, il convient de placer certains cas de *démence alcoolique* qui au début présentent quelques-uns des symptômes de la péri-encéphalite (inégalité pupillaire, tremblements, attaques épileptiformes et apoplectiformes, délire ambitieux, etc.) et qui évoluent ultérieurement comme des démences simples, les symptômes précédemment énumérés disparaissant successivement.

Enfin récemment, on a décrit sous le nom de *pseudo-paralysie générale alcoolique* (Régis, Ball) un syndrôme qui, au point de vue symptomatique, présente une analogie complète avec la paralysie générale véritable, mais qui en diffère en ce qu'il est essentiellement curable ou tout au moins susceptible d'amélioration sous l'influence d'un traitement approprié.

Cette pseudo-paralysie générale est annoncée et précédée tantôt par des attaques apoplectiformes et surtout épileptiformes à caractère spécial, tantôt par un accès d'alcoolisme subaigu. Alors que ce dernier s'efface, les symptômes de paralysie générale apparaissent et atteignent d'emblée leur plus grande intensité; puis ils diminuent progressivement et peuvent disparaître en un temps très court. Les phénomènes de démence eux-mêmes, qui au fond ne sont que de l'hébétude, de l'obtusion, s'évanouissent. Un même malade peut présenter un grand nombre

de fois ce syndrome sans devenir vraiment paralytique, et sans offrir à l'autopsie autre chose que les lésions de l'alcoolisme chronique.

Combinaison de l'alcoolisme et des diverses formes mentales. — En face des autres affections mentales, l'alcool agit de deux manières : 1° à titre de simple excitant. Dans ce cas, il joue le rôle de cause prédisposante ou déterminante, contribue à faire éclore ces affections, à leur donner une floraison plus complète. C'est ainsi que chez nombre de prédisposés, les excès alcooliques déterminent la folie longtemps avant d'avoir pu produire les symptômes de l'intoxication alcoolique. 2° A titre de complication ; c'est-à-dire qu'un aliéné qui s'adonne aux excès alcooliques finit par s'intoxiquer et par éprouver des accès de délire alcoolique qui se superposent au délire vésanique ou se combinent avec lui.

La combinaison des deux ordres de phénomènes n'est nulle part plus fréquente que dans le délire systématisé. Tantôt l'alcoolisme ouvre la scène, et c'est sous son influence qu'un vrai délire de persécution, en dehors des idées de persécution mobiles et variées qui procèdent de l'intoxication, se développe peu à peu. Ce cas est celui des prédisposés héréditairement et dont l'intelligence est peu développée. Tantôt c'est un délirant systématique de vieille date qui, abusant des liqueurs spiritueuses devient alors alcoolique et présente des accès intercurrents de délire alcoolique spécial. Cette association morbide présente en général un caractère de malignité redoutable : le persécuté est souvent dangereux ; le persécuté alcoolique l'est toujours.

La dipsomanie peut se compliquer parfois de délire alcoolique, bien que ce soit l'exception. D'après Lasègue, en effet, le dipsomane ne présente jamais aucun des symptômes alcooliques. Son sommeil n'est pas troublé par des hallucinations, il n'éprouve ni terreurs, ni impulsions, ni tendance au suicide ; jamais il n'est acculé dans l'impasse de l'alcoolisme chronique. Ces observations ne sont vraies que pour une catégorie de dipsomanes, ceux qui deviennent tels à la suite d'un choc cérébral, ceux en un mot qui appartiennent à la catégorie des *cérébraux*.

Quant aux dipsomanes héréditaires, que nous avons décrits ailleurs, on en voit parfois devenir alcooliques et avoir du délire spécial.

La paralysie générale est une des maladies qui s'associent le plus fréquemment à l'alcoolisme. Tantôt l'alcool pris en trop grande quantité ne fait que stimuler l'excitation et la production des idées délirantes ; tantôt il provoque des phénomènes qui lui sont propres, fait éclore des accès de délire alcoolique, et ajoutant ses symptômes physiques à ceux de la périencéphalite en arrive quelquefois à masquer complètement cette dernière, au point que ce n'est qu'après la disparition des signes d'alcoolisme qu'on s'aperçoit de son existence.

Les excès alcooliques dans le cours de l'épilepsie ont une influence néfaste et dangereuse sur cette dernière ; les attaques sont rendues plus fréquentes, les accès de délire épileptique acquièrent un caractère d'autant plus terrible qu'aux terreurs et aux impulsions instinctives qui en résultent viennent s'ajouter les terreurs et les impulsions créées par l'intoxication. Chez certains épileptiques, le délire spécial à la névrose ne se montre que sous l'influence d'un excès alcoolique passager. Un épileptique actuellement soumis à notre observation a commis deux tentatives de meurtre, toutes les deux après avoir fait un excès de boisson.

On voit aussi quelquefois la démence sénile se compliquer d'alcoolisme. Tantôt l'intoxication se manifeste par son délire propre, tantôt elle se contente d'exciter un délire maniaque, généralement de forme ambitieuse, qui disparaît sous l'influence de l'abstinence.

§ 4. — Traitement

Le traitement de l'alcoolisme varie suivant la période de l'intoxication et les complications concomitantes.

L'Ivresse sera traitée par les vomitifs, le tartre stibié ou mieux l'ipécacuanha, destinés à évacuer de l'estomac les liquides spiritueux qui s'y trouvent encore contenus. En cas d'urgence, on pourra avoir recours à la titillation du voile du palais qui dans quelque cas donne un résultat immédiat. Contre le collapsus, on prescrira le repos au

lit et les stimulants diffusibles, l'ammoniaque, le thé, le café ; ou encore la révulsion cutanée, les frictions stimulantes, les sinapismes, etc. On devra prendre des précautions contre le refroidissement des malades, et les complications qui pourraient en résulter.

Le *Délire alcoolique simple* ou *subaigu* n'exige aucune médication active dans la plupart des cas. Les troubles gastriques concomitants, la constipation seront combattus par les purgatifs légers, les boissons délayantes, et plus tard les amers. Les bains tièdes prolongés, dans le cas d'excitation maniaque vive, donneront des résultats utiles.

La courte durée habituelle de l'accès d'alcoolisme subaigu ne nécessite pas dans la majorité des cas, selon Lasègue, la séquestration du malade dans un asile d'aliénés. Toutefois, il importe de faire observer avec de bons esprits qu'une fois la crise délirante éteinte, l'alcoolique n'est pas guéri, qu'il éprouve encore des malaises nerveux, cérébraux et surtout gastriques qui l'excitent à de nouveaux excès et par conséquent à une rechute presque inévitable. En attendant la création d'établissements spéciaux pour le traitement des intoxiqués (alcooliques, morphiniques) nous pensons non seulement que la porte de l'Asile ne doit pas leur être fermée, mais encore que là seulement ils peuvent trouver les soins appropriés à leur état et protection contre leur funeste penchant. Il n'est pas en effet indifférent d'épargner à l'alcoolique les rechutes, chacune d'elles lui faisant faire un pas de plus vers l'alcoolisme chronique, c'est-à-dire l'incurabilité.

L'*alcoolisme aigu* comporte les indications habituelles de la folie qui s'accompagne d'une agitation plus ou moins violente : il faut avant tout protéger le malade contre lui-même par l'isolement en cellule, l'application de la camisole ou du maillot. Lorsque la fièvre nécessite le séjour au lit, il faut veiller à ce que les appareils destinés à maintenir le malade n'exercent aucune pression sur le thorax et n'empêchent pas le libre jeu de la respiration et de la circulation.

L'élimination du poison doit être ensuite facilitée par les boissons délayantes et diurétiques prises en abondance et les purgatifs légers.

Contre l'agitation excessive, les bains tièdes prolongés, si les forces du malade le permettent, doivent être libéralement prescrits; mais des précautions toutes spéciales devront être prises dans le but d'éviter les refroidissements.

Certains auteurs conseillent encore les saignées chez les individus pléthoriques; mais ce moyen ne semble que bien rarement susceptible d'être avantageusement employé, si l'on songe au danger qu'il y a à augmenter le collapsus qui termine en général l'accès d'alcoolisme aigu.

Différents auteurs ont encore vanté la digitale, l'hydrate de chloral, les opiacés. Le plus souvent ces médicaments sont inutiles; cependant dans quelques cas qu'il est impossible de fixer d'avance, on les voit rendre des services.

Quant au collapsus qui suit la crise, on devra le combattre par les toniques, le quinquina et une alimentation réparatrice.

L'*Alcoolisme chronique* réclame surtout une médication hygiénique et morale. Le malade devra être soumis à une tutelle énergique ou séquestré dans un établissement d'aliénés, surtout s'il existe des complications délirantes. On occupera ses loisirs à quelques travaux faciles, à quelque distraction inoffensive, à la promenade au grand air.

Tout en lui accordant une nourriture tonique et substantielle, on lui évitera les écarts de régime, les aliments d'une digestion difficile, les repas trop copieux qui pourraient entraîner de la congestion cérébrale.

Contre les tendances congestives de beaucoup de ces malades, on aura recours aux révulsifs, aux cautères, aux vésicatoires à la nuque, aux frictions irritantes, aux purgatifs administrés d'une façon méthodique.

L'iodure de potassium pourra être utile dans le cas d'alcoolisme chronique avec tendance à la paralysie générale.

Marcet a préconisé l'oxyde de zinc, qui, à la dose de 10 à 40 centigrammes deux fois par jour, une heure après le repas, produirait les meilleurs effets, supprimerait l'insomnie, ferait cesser la céphalalgie, les vertiges, les hallucinations et le tremblement.

Enfin on peut essayer l'emploi de l'arsenic qui est parfois utile dans la période congestive de la paralysie générale et qui a été vanté dans tous les cas où des accidents congestifs sont à redouter vers les centres nerveux.

La médication bizarre inventée par certains médecins étrangers et qui consiste à soumettre le malade au régime exclusif des boissons et des aliments alcoolisés, de manière à lui inspirer un profond dégoût pour la substance toxique, mérite surtout d'être signalé à cause de son originalité. « Comme trois ou quatre malheureux traités de la sorte, sont morts, dit Lasègue, on a renoncé au procédé. »

Le traitement prophylactique de l'alcoolisme est surtout une œuvre d'hygiène sociale. Nous avons vu au début de ce chapitre, qu'en favorisant récemment la multiplication des débits de boissons, la loi allait elle-même directement contre le but à atteindre. Il importerait que les législateurs, mieux éclairés, revinssent à des mesures plus conformes aux données de la science.

L'alcoolisme, en effet, n'a pas seulement pour résultat de nuire aux individus, il porte un coup funeste à leur descendance. Dans nombre de cas, l'idiotie, l'imbécillité, l'éclampsie infantile, l'épilepsie, la dégénérescence mentale sont le résultat direct de l'alcoolisme des parents; Morel a nettement démontré cette filiation pathologique (1).

Dans d'autres, il restreint la fécondité dans une proportion considérable : les mariages d'alcoolisés ne produisent en moyenne que 1,3 % d'enfants, tandis que les unions non entachées de ce vice en produisent 4,1 % (2).

Dans les cas mêmes où il n'a pas pour effet de collaborer directement à l'abâtardissement et à l'extinction de la race, l'alcoolisme engendre pour les descendants une propension héréditaire à se livrer aux boissons alcooliques. De toutes façons donc, l'alcoolisme doit être considéré comme une calamité sociale qu'il importe aux

(1) B. A. Morel, *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine;* 1857.

(2) Lentz, *loc. cit.*, p. 558.

pouvoirs publics de combattre dans l'intérêt général et par des moyens inspirés des connaissances de la science sur ce point.

L'initiative privée, en attendant, a fait, dans le but de combattre le fléau, des efforts méritoires. Il existe plusieurs associations contre l'abus des boissons alcooliques qui se proposent : de favoriser particulièrement au moyen de sociétés coopératives de consommation, le remplacement des boissons alcooliques par des boissons salubres, telles que les vins naturels, le cidre, le café, le thé, la bière ; de provoquer la fondation de cercles de travailleurs où les membres trouveraient d'honnêtes et utiles distractions et d'où seraient exclues les boissons spiritueuses ; de chercher à obtenir des dégrèvements sur les boissons hygiéniques et l'augmentation de l'impôt sur l'alcool ; de réclamer des lois contre l'ivrognerie et contre la multiplication des cabarets (1), etc.

(1) Voy. *Bull. de l'Association française contre l'abus des boissons alcooliques.*

CHAPITRE V

SATURNISME

L'intoxication plombique s'attaque parfois aux centres nerveux et provoque des troubles plus ou moins graves désignés sous le nom d'*encéphalopathie saturnine* dont les auteurs décrivent quatre types : la forme délirante, la forme comateuse, la forme convulsive et la forme mixte. Nous nous bornerons à décrire la première, qui seule rentre dans le cadre de ce travail.

Elle présente deux variétés : l'une caractérisée par un délire vésanique simple, *folie saturnine;* l'autre caractérisée par des phénomènes de démence et des symptômes paralysoïdes, *paralysie générale* ou *pseudo-paralysie générale saturnine*.

§ 1er. — Folie saturnine

Les prodromes sont en général de la tristesse, un air morose, de l'inquiétude, de l'insomnie, une céphalalgie générale, des urines à sédiment rouge contenant de l'albumine.

Forme mélancolique. — Le délire est irrégulier, mobile, tantôt général et profond, tantôt partiel, avec des exacerbations et des rémittences, des variations nombreuses chez le même sujet. Le malade a des cauchemars, des hallucinations terrifiantes de la vue, des impulsions au suicide ; cette forme ne diffère de la mélancolie ordinaire que par la présence des signes habituels de l'intoxication saturnine, du tremblement généralisé et du liseré de Burton. En raison de la coëxistence fréquente de l'alcoolisme chez le même malade, il n'est pas toujours possible de faire, dans le délire, la part de ce qui revient à chacune des deux intoxications.

Forme maniaque. — La forme maniaque diffère peu de la précédente au point de vue des réactions délirantes qui reposent toujours sur l'existence d'illusions et d'hallucinations terrifiantes de la vue, mais le malade est agité, se livre à des actes désordonnés et violents, pousse des cris, prononce des paroles grossières et ordurières; la face est rouge, vultueuse, l'insomnie complète, la constipation opiniâtre; comme dans la forme précédente, on constate la présence des stigmates de l'empoisonnement saturnin.

La folie saturnine est en général d'assez courte durée; selon Régis, qui, le premier, l'a décrite isolément, elle ne se prolonge guère plus d'une ou de deux semaines, et se termine le plus habituellement par la guérison. Parfois, cependant, on verrait le malade mourir pendant sa crise. L'amélioration est signalée par le retour du sommeil et la disparition progressive des symptômes.

§ 2. — Pseudo-paralysie générale saturnine

Au sujet de cette forme, les auteurs ont des opinions assez divergentes. En 1857, Devouges décrivait une paralysie générale d'origine saturnine, dont il présenta six observations. En 1860, Bourdesol reprenait la question et sans apporter de faits nouveaux, concluait dans le même sens que l'auteur précédent. Quelques cas isolés ont été fournis en outre par J. Falret, Delasiauve, Doutrebente, Camuset. En 1880, Régis a publié quelques observations nouvelles. S'il en a été publié d'autres (1), elles sont assurément peu nombreuses et n'ont apporté à la question aucun éclaircissement nouveau.

L'existence d'un aussi petit nombre d'observations prouve en somme que cette affection est rare, et justifie le vague dont elle a été enveloppée jusqu'en ces derniers temps.

Description.—La pseudo-paralysie générale saturnine se manifeste en général dans le cours d'un accès de délire

(1) Régis, *Manuel pratique de médecine mentale;* Paris, 1885. — Voyez pour la bibliographie : Régis, *De l'encéphalopathie saturnine* (*Annales méd. psych.*, 1880).

saturnin. Elle éclate brusquement, et revêt d'emblée les caractères de la période d'état de la paralysie générale. Les malades sont dans une hébétude intellectuelle absolue ; ils sont gâteux, incapables de se tenir debout et de prononcer une syllabe, avec tous les signes d'une cachexie profonde. L'inégalité pupillaire fait souvent défaut; le tremblement est intense, l'embarras de la parole poussé à ses limites extrêmes.

Les signes qui distinguent ce processus de la paralysie générale sont les signes particuliers de l'intoxication saturnine. On constate, en effet, le liseré ardoisé des gencives, la teinte terreuse de la peau, les céphalalgies, les étourdissements, les crampes, les fourmillements, les névralgies, les paralysies, les troubles de la sensibilité (anesthésies, hyperesthésies), les attaques épileptiformes.

Les symptômes intellectuels diffèrent aussi d'une façon notable. Le saturnin présente de l'insomnie, des rêves, des hallucinations de la vue, des terreurs imaginaires, et souvent des idées confuses de persécution, symptômes étrangers à la paralysie générale. Tandis que chez le paralytique la *démence* suit une marche progressive pour aboutir à l'abolition complète de l'intelligence, chez le saturnin elle revêt d'emblée sa plus grande intensité pour diminuer ensuite progressivement ; c'est-à-dire qu'elle est bien plus apparente que réelle. On voit au bout d'un temps quelquefois très court, la stupidité et l'hébêtement du saturnin diminuer, l'intelligence reparaître, et les facultés se réveiller d'une façon complète et rapide.

Par ce qui précède, on voit que la pseudo-paralysie générale saturnine a une marche absolument inverse de la paralysie générale véritable. Les malades cessent peu à peu de gâter, leurs sphincters reprennent leur tonicité normale, l'intelligence revient par degrés, la paralysie disparaît, la mémoire se reconstitue, et une guérison complète vient couronner cette amélioration progressive.

Il faut noter cependant que la guérison n'est pas toujours absolument complète et que quelques malades conservent un certain degré de démence analogue à celui que l'on constate dans l'alcoolisme chronique. D'après la sta-

tistique de Régis on compte dix guérisons sur douze malades.

Disons en terminant que le saturnisme n'exclut pas la paralysie générale véritable, et qu'on pourra rencontrer des saturnins véritablement paralytiques.

Traitement. — Le traitement n'est autre que celui de l'intoxication saturnine; il consiste à favoriser l'élimination du poison (purgatifs, bains sulfureux, iodure de potassium) et à relever la nutrition du malade.

CHAPITRE VI

MORPHINISME

§ 1er. — Définition

Le *morphinisme* est l'ensemble des accidents provoqués par l'usage prolongé et abusif de la morphine (1).

On désigne sous le nom de *morphiomanie* ou *morphinomanie* l'habitude vicieuse qui consiste à s'injecter régulièrement des doses croissantes d'un sel morphinique à titre d'excitant ou de stimulant. C'est une passion analogue à celle de l'ivrogne pour les boissons alcooliques ; ce n'est pas, comme ce nom impropre semblerait l'indiquer, une psychopathie assimilable à la *dipsomanie*, affection mentale intermittente et paroxystique dont nous avons donné précédemment la description.

§ 2. — Etiologie

L'usage des injections hypodermiques de morphine a été inauguré par Wood en 1853. Bien que ce soit en Allemagne que ce procédé thérapeutique ait pénétré en dernier lieu, c'est dans ce même pays que la morphinomanie a débuté et a fait jusqu'ici le plus de victimes. L'origine de cette habitude semble provenir de l'usage abusif qu'on fit de la morphine pendant les guerres de 1866 et de 1870-71, pour calmer les douleurs des blessés.

Une fois guéris, plusieurs continuèrent à s'administrer des piqûres de morphine et cet exemple ne tarda pas à devenir contagieux.

L'abus de la morphine actuellement si répandu est surtout limité aux classes élevées de la société ; cependant il tend à s'infiltrer dans les classes ouvrières et on ren-

(1) B. Ball. *la Morphinomanie*. 2e éd.; 1888.

contre des morphinomanes jusque dans les prisons et les services hospitaliers.

Le plus souvent c'est par la porte de la douleur qu'on entre dans la morphinomanie. Huit fois sur dix les malades déclarent qu'ils avaient des névralgies rebelles, des douleurs intolérables pour lesquelles le médecin avait ordonné les injections de morphine. Bientôt il leur a été impossible de se passer de ce médicament et ils ont continué à en prendre en dehors de l'intervention du médecin.

Certaines personnes se morphinisent pour se procurer les jouissances spéciales de l'opium, si recherchées des Orientaux. Quelques autres se font des injections de morphine pour combattre leurs chagrins, leurs angoisses morales, ou pour neutraliser leur fatigue cérébrale et retrouver la force d'accomplir le labeur quotidien.

Certaines conditions spéciales sont de nature à favoriser le développement de la morphinomanie.

Sur 110 malades, Levinstein compte 82 hommes et 28 femmes; sur ce nombre, il y avait 32 médecins, 8 femmes de médecins, 1 fils de médecin, 2 diaconesses, 2 infirmiers, 1 sage-femme, 1 étudiant en médecine, soit 45 personnes appartenant à la profession médicale. Les cas restants comprennent 6 pharmaciens, 1 femme de pharmacien, 11 négociants, 5 femmes de négociants, 4 femmes d'employés, 2 filles non mariées, 3 rentiers, 2 rentières, 3 propriétaires fonciers, 4 hommes de loi, 1 professeur et 2 institutrices (1). Le plus jeune morphinomane avait vingt et un ans, le plus âgé soixante-cinq ans.

On trouve parmi les morphinomanes des névropathes, des neurasthéniques, des prédisposés à la folie héréditaire, des alcooliques. Un certain nombre, soit parce que l'excitation morphinique ne leur suffit pas, soit dans le but de combattre la dépression qu'elle engendre consécutivement, font usage d'excitants nouveaux; la plupart choisissent l'alcool, d'autres le chloroforme, d'autres le chloral, d'autres enfin la cocaïne qu'ils font, suivant la nature du nouveau poison, alterner avec la morphine, en boisson, en inhalations, ou encore en injections hypodermiques.

(1) Levinstein, *Traité de la morphiomanie:* 1880.

Une prédisposition spéciale, d'origine névropathique, semble présider à l'intoxication morphinique. Il semble, en effet, que ceux qui doivent devenir morphinomanes éprouvent dès le début le besoin de renouveler sans cesse leurs piqûres.

La quantité quotidienne de morphine absorbée par les morphinomanes est très variable. Elle peut atteindre et dépasser deux grammes, mais aussi ne pas dépasser quelques centigrammes. Certains morphinomanes ne prenant qu'une dose minime du poison présentent cependant des symptômes absolument semblables à ceux qui en prennent des doses énormes.

§ 3. — Symptomes

Deux ordres de symptômes sont à examiner dans l'intoxication morphinique : 1° les effets de l'abus de la morphine ; 2° les effets de l'abstinence.

A. Phénomènes résultant de l'abus de la morphine ; morphinisme chronique.

1° **Symptômes somatiques.** — Beaucoup de morphinomanes n'éprouvent au début que des effets agréables de l'usage de la morphine ; mais au bout d'un temps variable suivant les individus, de six ou huit mois pour les uns, de plusieurs années pour les autres, les inconvénients commencent à s'en faire sentir et les malades éprouvent successivement des désordres plus ou moins graves ayant leur point de départ dans le système cérébro-spinal et le grand sympathique.

L'embonpoint disparaît, la peau perd sa turgescence et sa coloration normale ; le visage devient pâle, d'une teinte gris cendré, la sueur est augmentée, des éruptions diverses se manifestent, il se forme dans les points soumis aux injections des abcès, des indurations plus ou moins étendues.

L'œil est éteint et morne, le regard timide. Une nouvelle injection lui rend un éclat inaccoutumé. Les pupilles sont habituellement rétrécies ; le pouls est petit et intermittent, parfois filiforme, fréquemment il survient

des palpitations très pénibles, une dyspnée plus ou moins intense et une raucité particulière de la voix.

Les réflexes sont amoindris ou abolis. La sensibilité tactile est habituellement troublée; le plus souvent il y a de l'anesthésie, plus rarement des hyperesthésies et des névralgies. Le sens de la vue subit parfois un affaiblissement pouvant aller jusqu'à l'amblyopie et l'amaurose.

Quelques sujets ont l'appétit surexcité et manifestent une véritable boulimie. La constipation est la règle et s'accompagne d'épreintes et de ténesme; la dysurie est fréquente.

Les dents sont frappées d'altérations profondes, de caries à évolution rapide qui en provoquent la chute, habituellement sans douleur. La chute des cheveux coïncide quelquefois avec celle des dents.

La nutrition générale est de plus en plus altérée et cette altération se traduit par les signes d'une sénilité anticipée. Certains morphinomanes ont des accès de fièvre intermittente absolument semblables à ceux de la fièvre paludéenne.

Les fonctions génitales sont abolies, les hommes tombent dans l'impuissance absolue; chez les femmes on constate l'avortement et l'aménorrhée.

Les fonctions rénales sont perverties, et les urines deviennent albumineuses.

Le morphinomane peut mourir subitement. S'il résiste, il tombe progressivement dans le marasme et succombe à la tuberculose, à la néphrite ou à une affection intercurrente des plus légères.

2° **Symptômes psychiques.** — Les malades deviennent peu à peu la proie de l'insomnie, des changements d'humeur et de caractère. Ils ont de l'anxiété, des angoisses non motivées, des effrois subits, des lipothymies. Quelques-uns éprouvent, surtout le soir, des hallucinations de la vue; d'autres sont poursuivis par des odeurs fétides, des saveurs désagréables.

Beaucoup de morphinomanes passent leurs nuits à lire; dans le jour, au contraire, ils sont somnolents, ont l'intelligence engourdie et ont la plus grande peine à fixer leur attention.

Mais les troubles les plus remarquables portent sur le moral et le caractère. Ces troubles consistent en un hébètement progressif, une grande irritabilité, une timidité excessive, de l'hypocondrie. Le morphinomane est morose, irritable, égoïste, misanthrope. Il s'abaisse jusqu'aux manœuvres les plus hypocrites, à la ruse, au mensonge, pour se procurer son poison favori. Son moi est engourdi, sa volonté paralysée, il n'a pas l'énergie de secouer sa torpeur et d'abandonner sa funeste habitude; sa mémoire et son jugement s'émoussent et son sens moral s'oblitère.

L'état mental du morphinisme chronique a en somme de nombreux points de contact avec celui de l'alcoolisme chronique.

B. Phénomènes résultant de l'abstinence.

1° **Symptômes somatiques.** — Les effets de l'abstinence se manifestent chez ceux qui résolus à rompre avec leur funeste passion se soumettent à un traitement régulier ou chez les morphinomanes accidentellement privés de leur stimulant habituel.

Quelques heures après la dernière injection survient du malaise et de l'inquiétude, de l'angoisse, et quelquefois une agitation extrême, une sensiblerie exagérée, un besoin de se lamenter, de se plaindre, enfin des hallucinations.

Ces dernières portent surtout sur la vue; les malades voient des lumières, des flammes, des figures grimaçantes; parfois il s'y joint des illusions du goût et de l'odorat, rarement de l'ouïe. A la somnolence pénible des premiers moments succède une insomnie persistante. Certains malades, surtout les femmes, ont des lypothimies, des syncopes qui, exceptionnellement, peuvent être mortelles.

Certains éprouvent des phénomènes épileptoïdes (absences, crises, convulsions); d'autres des spasmes, des crampes, des inquiétudes qui les obligent à remuer constamment leurs jambes; ces mouvements sont parfois si forts que les jambes exécutent comme un roulement de tambour.

Un des symptômes les plus persistants est l'hypéridrose. Les malades, que la cessation des injections soit brusque ou graduée, ont la peau couverte de sueurs profuses. En même temps la face est rouge, empourprée ; toute la peau du cou et du visage est le siège d'un sentiment de chaleur exagéré ; la muqueuse nasale secrète abondamment. Quelquefois apparaît un urticaire qui disparaît au bout de peu de temps.

Les pupilles sont dilatées, parfois inégalement ; on constate encore l'alternance de ce phénomène : la mydriase après avoir atteint l'un des yeux, se porte sur l'autre, pour faire place ensuite à l'égalité pupillaire. La parésie de l'accommodation est constante ; la diplopie est plus ou moins accusée ; parfois il y a de l'hyperesthésie rétinienne.

Pendant les premiers jours d'abstinence, on observe parfois une dyspnée nerveuse, une toux sèche, des éternuements répétés, de l'angoisse cardiaque, des palpitations et une telle faiblesse du cœur, que le malade peut tomber dans un collapsus inquiétant avec irrégularité des contractions et parfois arrêt de l'organe.

La plupart sont dévorés d'une soif inextinguible, tourmentés par une salivation pénible, des vomissements et une diarrhée violente avec ténesme et épreintes.

Peu après la première semaine apparaissent des douleurs testiculaires, suivies d'érections et de pollutions fréquentes. L'appétit sexuel se réveille avec une énergie inusitée qui ne se calme qu'au bout d'un certain temps. Chez les femmes, les désirs génésiques deviennent, dans certains cas, presque de la nymphomanie, et les malades se sentent profondément humiliées de ces impulsions bestiales qu'elles ont la plus grande peine à maîtriser (Levinstein).

Les urines contiennent presque toujours de l'albumine qui ne disparaît qu'au bout de quelques jours, et parfois de la glycose.

2° Symptômes psychiques. — En dehors de l'excitation anormale de la sensibilité, et de cette *nostalgie* de la morphine (Ball) qui se traduit par une disposition morale si bizarre, l'abstinence du poison peut provoquer l'explo-

sion d'un véritable *Delirium tremens* morphinique. Il apparaît sept à huit heures après la dernière injection. D'abord inquiets, agités, pris de tremblement, les malades vont et viennent fiévreusement, pleurent, crient et finissent par devenir furieux et par tout casser autour d'eux. Au bout de quelques heures, le calme arrive, mais les hallucinations apparaissent. Ils croient voir des oiseaux au plumage varié, entendent des voix, conversent avec des personnages imaginaires, croient assister à leur enterrement, s'imaginent être en contact avec des objets mouillés, sentent des odeurs de toute nature. Au bout de quarante-huit heures, en général, cet accès de délire disparaît.

Pour le juguler instantanément, il suffit d'une injection de morphine.

§ 4. — Pronostic

Le pronostic est favorable si l'on n'envisage que la désaccoutumance à la morphine ; il l'est moins au point de vue d'une guérison radicale, car les récidives sont fréquentes.

La guérison radicale est plus probable chez ceux qui se sont habitués à la morphine pendant une affection aiguë, que chez ceux qui l'ont employée d'abord contre des affections névropathiques ou des maladies chroniques.

Le pronostic est moins favorable aussi chez les personnes âgées et celles qui, comme les médecins et les pharmaciens, sont obligées de manipuler constamment la morphine.

Les récidives n'amènent plus, en général, l'euphorie de la première fois. Elles sont parfois provoquées par le retour, au bout de plusieurs mois d'une santé parfaite, d'un malaise général caractérisé par la perte d'appétit, de l'angoisse, de l'inquiétude, et un besoin irrésistible de prendre de la morphine (dipsomanie morphinique).

§ 5. — Diagnostic

En général, le médecin n'est pas appelé à faire un diagnostic en règle du morphinisme, l'aveu du malade étant presque toujours acquis. En cas de dissimulation, on

peut arriver à la certitude par l'analyse chimique des urines. Pourvu que la quantité de morphine soit au moins de 10 centigrammes par jour, dit Jeunings (1), on pourra toujours en reconnaître la présence dans l'urine à l'aide de divers réactifs. Quant aux données du sphygmographe, préconisées par le même auteur, elles ne peuvent qu'avoir une valeur très relative, en éclairant le médecin sur l'état du cœur et de la circulation.

§ 6. — Traitement

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la nécessité de séquestrer le malade dans un asile ou une maison de santé. Après quoi, il faut procéder à la désaccoutumance de la morphine.

Deux procédés sont en présence : la suppression brusque et la suppression graduelle.

La suppression brusque est vantée par les médecins allemands. Selon eux, les accidents consécutifs à la suppression brusque sont d'une grande violence, mais ils sont courts et la guérison plus rapide.

La suppression graduelle est préférée en France. On a vu en effet des morts subites dans le collapsus à la suite de la suppression brusque, et il se produit parfois des accidents tellement inquiétants, qu'il peut y avoir péril à y exposer les malades.

La suppression brusque doit cependant être mise en usage dans les deux cas suivants : 1° quand les doses employées sont faibles ; 2° quand le morphinomane fait échouer la méthode lente par ses supercheries et ses tromperies multipliées.

Pendant le traitement, on pourra soutenir les forces par l'usage de divers stimulants, le café, le thé, l'alcool ; mais il faut redouter de substituer une intoxication à une autre et pour guérir le morphinomane de le rendre alcoolique.

On a conseillé aussi l'emploi de médicaments divers destinés à contrebalancer les effets dépressifs de l'abstinence. Ball conseille le sulfate de spartéine en injections

(1) O. Jeunings, *De la morphinomanie. Diagnostic. Traitement*, 1887.

hypodermiques à la dose de deux à quatre centigrammes pouvant être répétée au besoin, contre l'affaiblissement du cœur. Divers médecins ont conseillé contre la dépression nerveuse, les injections de cocaïne. L'emploi de cette dernière substance a été en général des plus fâcheux, et n'a servi qu'à créer une intoxication plus grave, la *morphino-cocaïnomanie* (1), qui aux accidents morphiniques joint des hallucinations de l'ouïe, et de la sensibilité générale (sensation de corps étrangers sous la peau); une grande hyperexcitabilité musculaire, et des attaques épileptiformes.

On a encore conseillé l'éther, la paraldéhyde, l'hypnone, l'atropine, le chloral, la pilocarpine, la valériane, la nitroglycérine. Le mieux est de s'abstenir de tous ces médicaments dont la valeur n'est rien moins que démontrée et dont les dangers, au moins pour quelques-uns, sont évidents. Le morphinomane n'a que trop de tendance à passer d'une intoxication à une autre et à sacrifier par exemple à l'éther et au chloral, sans pour cela abandonner la morphine.

(1) Magnan, *Intoxication chronique par la cocaïne* (*Progrès médical*, n° 5, 1889).

CHAPITRE VII

PELLAGRE

§ 1er. — Généralités

Définition. — La pellagre est une affection habituellement endémique, quelquefois épidémique, due aux effets toxiques du maïs altéré, et qui est caractérisée successivement par une éruption cutanée spéciale, des troubles digestifs et des accidents nerveux frappant principalement l'intelligence et la motilité.

Distribution géographique. — Avant le XVIIIe siècle, époque où le maïs s'introduisit en Europe, la pellagre était inconnue. Ce n'est qu'après que l'usage alimentaire de cette céréale se fût répandu dans certaines contrées qu'on commença à l'y observer.

L'endémie pellagreuse occupe une large zone dans presque toute l'Europe méridionale. En Espagne, elle existe dans les provinces du nord-est, les Asturies et la Galice. En France, quelques petits foyers d'endémie pellagreuse occupent une partie des Landes, et quelques points des Hautes et Basses-Pyrénées, de l'Aude et de la Haute-Garonne. En Italie, il existe près de 100,000 pellagreux, soit 10 pour 100 de la population agricole totale ; les plus grands foyers sont la Vénétie et l'Emilie, puis viennent la Toscane, le Piémont, le Milanais, etc. On observe quelques foyers endémiques en Grèce et dans ses îles. Enfin, en Orient, les contrées atteintes sont la Moldavie et la Valachie.

Pendant longtemps, la nature de la pellagre a été totalement méconnue ; en France, vers 1860, on était arrivé à considérer cette affection comme une simple cachexie banale et on en voyait partout (Landouzy). Les dépôts de mendicité (Bouchard) et les asiles d'aliénés

(Billod) en regorgeaient. Cette prétendue pellagre, qui d'ailleurs a complètement disparu des asiles bien tenus, n'était en effet autre chose qu'un état cachectique engendré par la misère physiologique, une nourriture insuffisante et de mauvaises conditions hygiéniques; état qui n'avait rien à voir avec la pellagre vraie.

C'est à Roussel (1) que l'on doit la meilleure et la plus complète description qui existe de cette affection.

§ 2. — Symptomes

Les prodromes consistent en un sentiment de lassitude, de faiblesse et d'inertie; de la tristesse, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des douleurs spinales, de l'insomnie. En même temps le malade éprouve de la sécheresse de la bouche et de la gorge, des troubles digestifs et quelquefois de la diarrhée.

Premier degré. — Ces symptômes peuvent être les seuls observés et disparaître sans laisser de traces. Si au contraire l'affection se confirme, on voit apparaître *l'érythème pellagreux* dont les premières manifestations coïncident toujours avec le retour du printemps, et qui semble résulter de l'action des rayons solaires sur les parties découvertes du corps. Cet exanthème, bien qu'il semble avoir servi à baptiser la maladie, n'a rien de fatal et peut très bien ne pas se produire si on a soin de tenir les malades à l'ombre ou de leur recouvrir les parties du corps exposées à l'action directe de la radiation solaire. Il débute par une tache rougeâtre qui se montre sur le dos des mains avec léger gonflement et sensation de prurit et de brûlure. Au bout de quelques jours, l'épiderme se soulève, des bulles apparaissent et forment en se fusionnant de larges plaques remplies d'un liquide jaunâtre ou sanguinolent. Dans d'autres cas, au lieu de se soulever sous formes de bulles, l'épiderme se fendille et tombe sous la forme d'écailles desséchées, laissant à nu le tégument aminci, lisse, reluisant, d'un rouge foncé (mal de la rosa).

(1) Roussel. *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres:* 1866. Voyez aussi Poussié, *Etude sur la Pellagre,* thèse de Paris; 1881. Arnould, art. *Pellagre* (*Dict. encyclop. des sc. méd.*).

En même temps que l'exanthème cutané, se manifestent des troubles digestifs : les muqueuses buccale et linguale deviennent d'un rouge vif, se couvrent d'excoriations, de fissures, d'aphtes et de vésicules principalement au pourtour des lèvres ; les glandes salivaires sécrètent abondamment un liquide d'une saveur désagréable, amère et salée. Puis survient une diarrhée ou une constipation opiniâtre, parfois l'alternance de ces deux phénomènes. Plus tard la diarrhée se produit exclusivement. Elle est caractérisée par des selles dysentériformes, muco-sanguinolentes, avec ténesme et coliques qui, dans une période ultérieure, deviendront purement séreuses.

Un troisième ordre de symptômes accompagnant les deux précédents, ce sont des troubles nerveux de nature diverse. Le premier par ordre d'apparition consiste en une sorte de douleur de tête avec vertige ressemblant à ce qu'on observe dans l'ébriété. Puis viennent des troubles sensoriaux, de l'héméralopie, de l'inégalité pupillaire, de l'atrophie de la rétine ; des spasmes, de la gastralgie, une sensation de brûlure à la plante des pieds et à la paume des mains, des névralgies, de la rachialgie, du trismus, de l'ischurie.

Deuxième degré. — Dans beaucoup de cas, le premier degré de la maladie n'est pas dépassé ; les accidents décrits plus haut peuvent disparaître d'une façon complète pendant l'automne et l'hiver, mais en raison de la persistance des mêmes causes, ils reparaissent ordinairement l'année suivante au retour du printemps, et peuvent se renouveler ainsi indéfiniment.

Après plusieurs récidives, la maladie en général s'aggrave et passe au second degré. La peau des mains se recouvre en permanence d'un épiderme dur, rugueux, fendillé, noirâtre ; le visage, les pieds, la poitrine sont atteints à leur tour de l'érythème spécial qui évolue de la même façon qu'aux mains ; les lésions de la bouche et de la langue s'accentuent ainsi que la diarrhée qui devient permanente.

Les troubles nerveux ne se bornent plus à des vertiges, à de la titubation et à de la tristesse ; ils aboutissent aux *convulsions*, à la *folie* et à la *paralysie*.

Les phénomènes convulsifs qui sont les plus fréquents consistent en crampes douloureuses dans les pieds, les jambes et les mains, en contractures, trismus, spasmes dans les muscles cervicaux et rachidiens ; ces derniers sont parfois assez forts pour entraîner la chute en arrière des malades. On a encore signalé la cardialgie, les syncopes et les accès épileptiformes. L'action des spasmes musculaires donne aux malades une allure bizarre : maigres, l'œil immobile et vitreux, la face jaune, blêmes, les bras sillonnés et tourmentés comme par une brûlure ou une large plaie, dit Lombroso, ils s'avancent, branlant de la tête et chancelant comme des hommes ivres ; ou bien, comme poussés par une force invisible, ils sont entraînés par des mouvements de propulsion, de latéro ou de rétro-pulsion, en faisant entendre des sanglots ou de éclats des rire.

La *folie pellagreuse* n'est en général que l'exagération de la dépression, de l'hébétude et de la tristesse qui se sont précédemment manifestées à chaque poussée pellagreuse ; elle n'apparaît guère avant la troisième ou quatrième atteinte ; elle revêt le plus souvent l'aspect mélancolique, tantôt sous forme de délire général avec hallucinations et prédominance d'idées religieuses, sitiophobie, ou tendance à la stupeur, tantôt sous forme de délire partiel avec idées de persécution ou d'hypocondrie. Dans quelques cas elle se manifeste subitement sous la forme d'accès de manie aiguë remarquables par la violence et la nature dangereuse des impulsions.

Les *idées de suicide* constituent le phénomène le plus remarquable de la folie pellagreuse mélancolique. On a en outre remarqué que les pellagreux choisissaient presque exclusivement la submersion comme mode de suicide. Dans la Lombardie et dans l'Emilie, où la pellagre est si commune, 50 % des suicides ont lieu par submersion. On a encore été frappé de ce fait que les malades se noient le plus souvent en se couchant la face contre terre, dans un simple filet d'eau, dans une flaque d'eau superficielle. On a voulu, sous le nom d'*hydromanie* (Strambio) faire de ce genre de mort un trait caractéristique de la folie pellagreuse ; il est plus probable que si les malades choisissent de préférence ce genre de mort, c'est parce qu'il est le plus à leur portée.

Les complications de la mélancolie pellagreuse consistent en accès de manie furieuse avec tendances homicides ou suicides, qui éclatent pendant les chaleurs de l'été.

Elle peut durer trois ou quatre ans avec l'intermittence annuelle, puis aboutir à une démence définitive. Dans certaines régions elle est excessivement commune, puisqu'au manicôme de Mombello, le tiers des entrées relève de la folie pellagreuse.

La *paralysie pellagreuse* constitue une espèce à part; ce n'est que le degré le plus élevé de la débilitation qui existe dès le début et pendant tout le cours de la maladie. Cette faiblesse va toujours en progressant, à mesure que les intoxications se répètent, et persiste jusqu'à la mort. Dans quelques cas, cependant elle a pu rétrocéder et guérir. Elle ne s'accompagne jamais de délire ambitieux ni d'embarras de la parole, mais d'un affaiblissement progressif de l'intelligence, surtout de la mémoire.

Troisième degré. — La cachexie qui précède la mort constitue le dernier degré de la pellagre. Elle est signalée par l'apparition de taches ecchymotiques aux mains, aux avant-bras et à la face. Tout le tégument externe se fonce, prend un aspect bronzé qui a pu donné lieu à des erreurs de diagnostic, et s'exfolie en écailles furfuracées. La diarrhée séreuse s'établit en permanence, et l'amaigrissement fait des progrès rapides ; la paralysie s'accentue et les facultés s'éteignent de plus en plus.

Des symptômes aigus désignés par Roussel sous le nom de *typhus pellagreux* viennent parfois interrompre la marche chronique de la maladie. La fièvre s'allume, la température s'élève, le pouls s'accélère et passe par des alternatives de plénitude et de dépression, jusqu'à devenir filiforme ; la langue est sèche et fuligineuse, le délire éclate accompagné de carphologie et de soubresauts des membres. Tantôt la terminaison fatale arrive au bout de quelques jours, tantôt elle ne survient qu'après plusieurs retours de cette intoxication aiguë que Roussel a comparé avec justesse au délire alcoolique aigu survenant dans le cours de l'alcoolisme chronique.

Parmi les complications du syndrôme précédent, on signale la perforation de la cornée et les *accès épilep-*

tiformes. Ces accès sont précédés d'une aura douloureuse partant de la région postérieure de la tête et s'irradiant dans le cou et les épaules ; après quoi le malade perd connaissance et sans cri, sans morsure de la langue, il a des convulsions cloniques, en général prédominantes d'un côté, et d'une durée d'une minute. Ces accès peuvent se répéter plusieurs fois dans la même journée.

§ 3. — Marche. Durée. Terminaison

Les diverses phases de l'affection pellagreuse sont indissolublement liées à la continuité de l'intoxication, et si cette dernière circonstance vient à manquer, la maladie disparaîtra s'il ne s'est encore formé dans l'organisme aucune lésion irrémédiable.

Aux deux premiers degrés, la pellagre peut guérir d'une façon radicale, si les conditions d'existence du malade deviennent meilleures et s'il cesse de consommer la céréale avariée. Au troisième degré, elle peut encore guérir, mais dans ce cas il reste une altération définitive de l'organisme qui se traduit par de l'émaciation, de la débilité physique et un degré plus ou moins avancé de démence.

La mort peut survenir dans le cours des manifestations aiguës de la maladie, à la suite de diarrhée incoercible, de suicide, de délire aigu ou encore de quelque complication imprévue, telle que la tuberculose, le cancer, etc.

L'évolution de la pellagre est en général de longue durée. Si on voit quelquefois les sujets succomber en trois ou quatre ans, il n'est pas rare de les voir résister six ou huit années et même davantage. On comprend que tout dépend du mode d'intoxication, de son intensité, de sa persistance ou au contraire de son intermittence, etc.

§ 4. — Anatomie pathologique

Les lésions trouvées à l'autopsie des individus ayant succombé à la pellagre sont nombreuses et variées.

Les méninges sont épaissies, laiteuses, parfois chargées d'exsudats purulents, d'extravasations sanguines. Dans beaucoup de cas elles sont, ainsi que les ventricules, gor-

gées de sérosité. Le cerveau est œdématié, ramolli ou frappé d'atrophie. Dans les deux tiers des cas son poids est inférieur à la normale.

La moelle épinière est pâle, ramollie, baignée dans un liquide céphalo-rachidien abondant.

L'examen microscopique montre l'insénescence précoce des vaisseaux et des éléments nerveux.

Les lésions pulmonaires et cardiaques sont des plus variables ; les plus fréquentes sont des lésions atrophiques.

Le foie présente le plus souvent de la dégénérescence graisseuse et de l'atrophie ; dans quelques cas il est sclérosé. La rate est généralement atrophiée.

L'estomac n'offre aucune lésion constante, mais l'intestin présente des traces d'inflammation chronique, des ulcérations disséminées et un amincissement tellemen marqué de la tunique musculeuse qu'il est devenu presque transparent. Le rectum est généralement ulcéré.

Les os sont fragiles et se brisent facilement ; les muscles sont partiellement frappés de dégénérescence graisseuse; les lésions de la peau sont de nature atrophique ; les extrémités nerveuses sont atteintes d'inflammation et de ramollissement.

En résumé, les lésions anatomiques de la pellagre n'ont rien de spécifique ; comme celles d'autres intoxications (phosphorisme, hydrargyrisme, et, en partie, alcoolisme), elles consistent en atrophies et en dégénérescences graisseuses.

§ 5. — Etiologie

Agent toxique. — On avait cru trouver l'agent toxique, cause première de la pellagre, dans les moisissures qui atteignent le grain de maïs placé dans des conditions défavorables de conservation (Verderame et Verdet). Il résulte des expériences de Lombroso, que ces moisissures, d'ailleurs banales, n'ont aucune propriété toxique, mais qu'en se développant aux dépens de la substance même de la graine, elles la décomposent chimiquement et mettent en liberté des alcaloïdes analogues aux *ptomaïnes*, dont les propriétés toxiques sont des plus énergiques.

Dès 1869, Lombroso, expérimentant sur des animaux nourris avec le maïs gâté, constata que cette alimentation produisait invariablement la mort des animaux à la suite d'un état cachectique analogue à celui de la pellagre.

Expérimentant ensuite chez l'homme, le même auteur constata que la teinture de maïs gâté produisait chez les sujets en expérience des vomissements, de la diarrhée, de la desquamation cutanée, de la mydriase, des vertiges, de la somnolence, de l'amaigrissement, une incapacité complète de se tenir debout, en un mot une sorte de pellagre aiguë.

Plus tard, il substitua à la teinture divers produits extraits du maïs fermenté par les procédés chimiques, une huile grasse, une matière extractive, une substance résineuse, avec lesquelles il obtint les mêmes résultats qui furent d'autant plus énergiques que les expériences eurent lieu dans une saison plus chaude. La matière extractive, la *maïsine*, semble être la plus dangereuse. On a découvert dans cette substance elle-même divers alcaloïdes encore imparfaitement connus et étudiés, qui vraisemblablement constituent l'agent ou les agents toxiques qui produisent l'empoisonnement maïdique ou *zéisme*.

Hérédité. — La pellagre n'est pas transmissible des parents aux enfants ; en revanche, son existence chez les parents semble prédisposer les enfants à la contracter plus facilement à leur tour et détermine fréquemment chez eux une sorte de dégénérescence signalée par tous les observateurs. « L'enfant de pellagreux, dit Sacchi, se reconnaît à sa démarche incertaine, à ses yeux d'un reflet jaunâtre, à regard fixe, à son teint d'une pâleur jaunâtre, à ses lèvres fendillées, à ses cheveux rudes, à son apparence chétive, engourdie et apathique.» Lombroso signale chez les mêmes prédisposés la microcéphalie, l'absence de système pileux, l'atrophie des organes génitaux, l'hypertrophie des ganglions abdominaux. Ces individus ont l'intelligence des plus vulnérables et chez eux, on voit des accès maniaques éclater à la moindre occasion.

Les enfants nés de pellagreux sont en quelque sorte en état d'imminence morbide vis-à-vis de la pellagre, et tout disposés à en subir les fâcheux effets.

Influences diverses. — On peut considérer comme sans importance l'influence du sol, du climat, et même de la température. La distribution de l'endémie pellagreuse est absolument liée à l'usage du maïs altéré. Dans les pays où le maïs est récolté dans de bonnes conditions de conservation, cette maladie est inconnue. Elle est bien plus inconnue encore dans les pays où on ne consomme pas de maïs, malgré l'opinion de quelques auteurs.

L'*insolation* a une action adjuvante des plus incontestables et doit être substituée à l'*influence vernale*, qui n'a rien de spécial. Si c'est au printemps que l'érythème pellagreux se manifeste de préférence, c'est qu'à ce moment, par suite de l'usage presque exclusif du maïs pendant l'hiver, l'intoxication est portée à son maximum, et que la peau se trouve être plus sensible aux premiers effets de la radiation solaire.

A la suite des années humides, où la récolte a été mauvaise et se conserve mal, on voit en général une recrudescence de l'endémie qui prend quelquefois les allures épidémiques.

La pellagre est exclusive aux habitants des campagnes en raison de l'uniformité de leur alimentation. Les classes pauvres des villes ont malgré tout une nourriture variée qui les met à l'abri des effets de l'intoxication.

L'*âge* auquel se développe le plus communément la maladie, est compris entre vingt et vingt-cinq ans.

Le *sexe* masculin y semble plus prédisposé, en raison de ses occupations agricoles. Mais chez les femmes, la grossesse, l'état puerpéral, l'allaitement exercent une fâcheuse influence prédisposante, qui fait que de vingt à quarante ans, le nombre de celles qui sont frappées l'emporte sur celui des hommes.

Enfin, parmi les causes adjuvantes, il faut ranger les maladies antérieures, le travail exagéré, l'alcoolisme, la misère, qui agissent en affaiblissant l'économie et en la prédisposant à subir les atteintes répétées de l'agent toxique.

§ 6. — Diagnostic

Le diagnostic de la pellagre, sur les lieux où règne l'endémie, ne saurait offrir de difficultés. Partout ailleurs,

à moins que le sujet ne soit originaire d'un pays contaminé, un ensemble symptomatique analogue à celui que nous venons de décrire ne saurait être qualifié que de pseudo-pellagre.

Cette pseudo-pellagre, autrefois commune dans les asiles d'aliénés, préoccupait vivement les médecins de ces établissements, qui s'efforçaient d'en faire un diagnostic précoce. « Qu'un accès de manie, dit Marcé, ou surtout de lypémanie, avec idées de suicide, revienne chaque année au moment du printemps, on devra porter son attention sur l'état de la peau, sur les fonctions digestives, *et ne pas admettre d'emblée une folie simplement intermittente.* Une diarrhée, un exanthème cutané spécial revenant dans les mêmes conditions, éveilleront aussi les soupçons du médecin ; mais dans les cas douteux, il faudra suspendre son diagnostic, et sans négliger le traitement, attendre plusieurs années s'il est nécessaire, avant de se prononcer d'une manière définitive, de peur d'embarrasser ce sujet encore obscur par des observations recueillies trop précipitamment. » A l'heure qu'il est, nous le répétons, les aliénistes n'ont plus à craindre de méconnaître la folie pellagreuse, ou plutôt pseudo-pellagreuse, car elle a disparu des asiles de France.

Au point de vue du diagnostic différentiel, la pellagre présente quelques symptômes communs avec d'autres intoxications : 1° alimentaires telles que l'ergotisme, le lathyrisme ; 2° ou professionnelles telles que l'hydrargyrisme et l'arsenicisme ; mais ces points de contact sont trop peu importants pour nécessiter des développements étendus.

§ 7. — Traitement

La *prophylaxie* de la pellagre doit avoir pour but de soustraire les populations qui font usage de maïs à l'empoisonnement causé par les altérations de cette céréale. Si on ne peut lui substituer un autre aliment moins susceptible de se gâter, il est au moins nécessaire d'entourer la récolte et la conservation de cette graine de précautions que nous n'avons pas à indiquer, mais dont l'ensemble est assurément efficace.

Le *traitement curatif* doit commencer par supprimer la

cause du mal en substituant aux préparations de maïs une alimentation tonique et substantielle comprenant le pain de froment, la viande, les légumes frais et le vin.

L'usage du vin retarde et modère les manifestations de la pellagre. La plupart des médicaments employés contre les divers symptômes de la maladie n'ont que peu d'efficacité ; cependant le quinquina relève les forces des malades ; l'arsenic dans les premières périodes, modifie quelquefois d'une manière avantageuse l'état général. Les frictions avec le chlorure de sodium semblent, d'après quelques auteurs, douées d'une efficacité réelle chez les jeunes pellagreux frappés d'arrêt de développement. La diarrhée cède parfois au calomel et au sous-nitrate de bismuth administré par la voie rectale.

CHAPITRE VIII

CRÉTINISME

§ 1er — Généralités

Définition. — Le crétinisme est une affection endémique due à un principe toxique dont la nature est encore inconnue et qui est caractérisée par un degré variable d'idiotie associé à une dégénérescence spéciale de l'espèce humaine.

Rapports du goître et du crétinisme. — Marcé, à qui nous empruntons en la modifiant la définition précédente, ajoute qu'un des principaux caractères de la dégénérescence crétineuse est le goître. Cela peut sembler paradoxal, les crétins complets, comme nous le verrons plus loin, n'étant précisément pas goîtreux. Toutefois, il n'en est pas moins certain que le goître d'une part, le crétinisme de l'autre, sont deux aspects divers d'un seul et unique mode de dégénérescence (Fodéré, Tourdes, Morel).

De tous temps on a remarqué que là où existe le crétinisme le goître existe également et cette observation vulgaire a été établie scientifiquement à ce point qu'on peut dire que l'endémie crétineuse n'existe jamais en dehors de l'endémie goîtreuse.

Si les cas disséminés de crétinisme ne forment qu'une proportion très faible quand on les compare à la population générale, cette proportion devient au contraire très forte si on les compare à la population goîtreuse. Bien plus, les crétins sont presque exclusivement engendrés par des goîtreux ou ont eu pour ancêtres des goîtreux. Non seulement le lien héréditaire qui unit le crétinisme au goître est admis couramment dans les pays à endémicité, mais encore son existence est démontrée par les statistiques: l'énorme proportion des crétins dans les familles atteintes de goître suffit pour établir que les

parents goîtreux transmettent à leurs enfants une prédisposition au crétinisme.

Thyroïdectomie et dégénérescence crétinoïde. — L'étroite parenté du goître et du crétinisme vient d'être démontrée expérimentalement d'une façon toute fortuite. L'opération de la thyroïdectomie entrée depuis peu dans la pratique chirurgicale a eu en effet pour conséquence absolument inattendue de déterminer chez les opérés une cachexie spéciale, dite *cachexie strumiprive*, ou *myxœdème* post-opératoire qui n'est autre chose qu'une véritable dégénérescence crétinoïde. Quelques semaines ou quelques mois au plus après *l'ablation totale* de la glande thyroïde chez les goîtreux, le malade devient pâle, éprouve de la lassitude, de la faiblesse et de la pesanteur des membres. Ses mouvements deviennent lents, pénibles, ont perdu de leur précision habituelle ; les mains perdent leurs aptitudes professionnelles ; les doigts deviennent le siège d'un gonflement pseudo-œdémateux qui les roidit; les pieds s'empâtent à leur tour, mais c'est surtout à la face que le phénomène acquiert toute son intensité ; les paupières se gonflent, les traits s'épaississent, les plis du visage s'effacent, le nez s'épate, les lèvres se gonflent et se renversent en dehors ; le visage épais, immobile, hébété, prend l'aspect caractéristique du crétinisme.

En même temps l'activité cérébrale diminue, la mémoire s'affaiblit, le caractère devient taciturne et silencieux, la pensée s'engourdit de plus en plus jusqu'à simuler l'idiotie.

Peu à peu le corps entier participe à la cachexie. Chez les jeunes sujets la croissance s'arrête, et on en a vu devenir de *parfaits crétins*. Chez tous, le corps entier s'épaissit, la base du thorax s'élargit, le ventre se développe; la peau, comme infiltrée, perd sa souplesse ; elle est sèche, rugueuse, d'une pâleur anémique toute particulière, comparée par tous les observateurs à celle des crétins.

Cet état est attribué par les auteurs les plus compétents à la suppression des fonctions de la glande thyroïde. Les expériences sur les animaux appuient cette manière de voir et ce qu'on observe dans le crétinisme la confirme également. Il semble, en effet, d'après quelques autopsies

et d'après les cas de crétinisme sporadique connus (1), que chez les crétins non goîtreux, la thyroïde n'existe pas; chez les goîtreux, en revanche, la glande est malade, dégénérée et ne fonctionne que d'une façon défectueuse. La glande thyroïde, en résumé, jouit sur la nutrition d'une influence absolument méconnue jusqu'en ces derniers temps.

§ 2. — Description

Aspect extérieur. — L'individu atteint de la dégénérescence crétineuse est trapu, osseux, difforme, le plus souvent maigre, parfois bouffi, œdématié. Sa complexion chétive, lourde et épaisse, dénote un développement général dans le sens de la largeur de la charpente. Son teint est le plus souvent d'un blanc livide, comme crétacé; quelquefois brun et terne; ou encore jaunâtre chez ceux qui ont une apparence œdémateuse; chez tous la peau est rugueuse, insensible et dure.

La tête du crétin, toute proportion gardée, est volumineuse, irrégulière, asymétrique, et paraît surtout s'être développée dans le sens tranversal; elle est aplatie d'avant en arrière, l'occiput est complètement effacé; le diamètre transversal tend à être égal ou même supérieur au diamètre antéro-postérieur. Elle se développe rapidement, et chez les jeunes sujets, elle penche latéralement ou en avant, en raison de son poids excessif. Le front est bas, fuyant, couvert; tout l'ensemble constitue un cône irrégulier dont la suture sagittale formerait le sommet. Tel est le type d'ailleurs assez uniforme de la tête du crétin.

Les cheveux sont épais, fournis, irrégulièrement plantés, de couleur châtain clair ou foncé; ils ne tombent et ne blanchissent jamais. Le reste du corps est glabre; à peine remarque-t-on quelques poils épars dans les régions habituellement pileuses; la barbe manque ou est rare et clairsemée.

La face est large, aplatie, les pommettes saillantes, le nez épaté, écrasé à la base, les narines évasées et béantes. Les lèvres sont épaisses, l'inférieure pendante, la langue est volumineuse comme gonflée, la bouche démesurément

(1) Voyez deuxième partie, chap. VI, *Idiotie*.

fendue, toujours entr'ouverte laissant couler la salive. La mâchoire inférieure est grosse et proéminente, les dents sont mal implantées, cariées; la seconde dentition ne se fait souvent pas; les oreilles sont énormes et détachées de la tête; les yeux sont écartés, strabiques, mornes et sans expression; les paupières sont œdémateuses, atteintes de blépharite; les cils et les sourcils sont rares, irréguliers. La physionomie du crétin, en résumé, est inerte, immobile, exprime l'hébétude et l'apathie, ainsi que celle de l'idiot ordinaire.

Le cou est court, très gros, recouvert le plus souvent d'un goître d'un volume variable, qui prend son plus grand développement au moment de la puberté et qui peut atteindre des dimensions considérables. Il semble y avoir antagonisme entre le dégré de goître et le degré de développement du crétinisme; car il manque chez le crétin complet, ou est réduit à une petite tumeur de la grosseur d'une noix, tandis qu'il est au contraire volumineux chez le simple crétineux.

Le thorax est asymétrique et déformé, la colonne vertébrale courbée d'une façon vicieuse, les apophyses épineuses saillantes; l'abdomen est volumineux, le bassin déformé, souvent rétréci. Les parties sexuelles, arrêtées dans leur développement chez les vrais crétins, sont au contraire très développées et de proportions énormes chez les semi-crétins; chez les crétins les organes génitaux sont flétris, et entr'ouverts même chez les vierges. Les membres sont amaigris, d'une longueur disproportionnée, souvent déviés par le rachitisme; les articulations sont grosses, les genoux épais, les mains larges et courtes, les pieds volumineux, plats et renversés en dedans, les orteils sont déformés, chevauchent les uns sur les autres, les ongles rudimentaires.

En résumé, on constate chez les crétins la difformité de chaque organe pris isolément, et le défaut de proportion de tous, pris dans leur ensemble.

Fonctions physiologiques. — La respiration chez le crétin s'opère plus lentement qu'à l'état normal; la circulation est aussi moins active et la température semble également abaissée par rapport à la normale.

Les fonctions digestives, régulières chez le demi-crétin, sont le plus souvent défectueuses chez le crétin complet qui est sujet aux indigestions et aux dérangements gastro-intestinaux.

Les sécrétions, sauf celles des larmes et de la salive qui sont abondantes, n'offrent rien de particulier à signaler.

Les fonctions de reproduction sont nulles chez le crétin complet et limitées chez le semi-crétin ; celui-ci, mâle et femelle, présente néanmoins le plus souvent une ardeur génitale excessive, qu'il n'hésite pas à satisfaire par la masturbation. Chez lui la puberté est tardive, l'homme est nubile à vingt ans, la femme à dix-huit ; elle est irrégulièrement menstruée, ne conçoit que rarement et a des grossesses laborieuses et anormales.

La locomotion, chez le crétin complet, est presque nulle ; il passe des journées entières immobile, assis sur un banc au seuil de sa porte, incapable de se mouvoir et de s'alimenter lui-même, les bras et les jambes pendants, dans une attitude affaissée. Chez ceux qui peuvent marcher, l'allure est lourde et titubante ; ils trébuchent au moindre obstacle et se blessent en tombant.

La vue, l'ouïe, le goût, l'odorat sont plus ou moins obtus, la sensibilité générale altérée ; la parole est nulle ou rudimentaire, consistant en monosyllabes ou en quelques membres de phrase émis sur un ton monotone ; dans les moments d'irritation, elle est remplacée par des cris et des gestes désordonnés.

La mortalité chez le crétin est très grande à tout âge ; mais surtout dans les premières années qui suivent la naissance ; il atteint rarement la cinquantaine. Les maladies auxquelles il succombe sont surtout le rachitisme, la scrofule, le méningite, l'hydrocéphalie, les affections intestinales, la tuberculose.

Facultés intellectuelles. — Le développement intellectuel et moral est extrêmement limité chez tous les crétins, cependant il est nécessaire d'établir parmi eux des catégories. On en forme habituellement trois : 1° les crétineux ; 2° les semi-crétins ; 3° les crétins complets.

Les *crétineux* ou *pesants* offrent un degré de dégéné-

rescence intellectuelle assimilable à l'imbécillité. Ils sont apathiques, sans force musculaire, sont presque réfractaires à toute éducation, mais peuvent cependant apprendre des métiers manuels et se livrer aux travaux agricoles.

Les *semi-crétins* correspondent aux idiots incomplets. Leur langage, borné à quelques grognements ou monosyllabes, donne en général la mesure de leur intelligence. Ils peuvent acquérir quelques notions élémentaires, celles des lieux, du temps, de la valeur de l'argent qu'ils apprennent par imitation, sans en comprendre la valeur. Ils sont doués de quelques sentiments affectifs et se montrent sensibles aux démonstrations de bienveillance qu'on leur adresse. Ils vont volontiers au-devant des bons traitements et savent témoigner leur joie par des gestes et des cris. En dehors de la mendicité qui est leur principale occupation, ils se livrent à quelques travaux domestiques très simples, bien qu'ils soient paresseux, indolents et incapables de la moindre initiative.

Les *crétins complets* sont totalement dépourvus de facultés intellectuelles et sont assimilables aux idiots proprement dits.

A quelque degré qu'ils appartiennent les crétins, lorsque rien ne les stimule, restent plongés dans une indifférence stupide ; ils sont solitaires, ne s'aiment pas entre eux, s'évitent et se prennent facilement de querelle.

Tous les observateurs ont remarqué la tendance à la somnolence chez le crétin complet. On a aussi décrit chez lui un état de stupeur périodique et transitoire. L'individu demeure alors immobile, la bouche béante, les yeux grands ouverts, même en face du soleil ; le regard inanimé, insensible au monde extérieur.

§ 3. — Etiologie

Agent toxique. — On a invoqué, pour expliquer la production du crétinisme, une foule de causes dont le rôle si tant est qu'il doive être admis, ne peut être que très secondaire. Telles sont, la profondeur des vallées ou règne l'endémicité, leur défaut d'insolation, leur humi-

dité excessive, leur peu d'altitude ; la mauvaise hygiène des habitations et des habitants ; leur nourriture misérable, leur existence confinée pendant les longs hivers.

« Tout porte à croire, dit Marcé, que les causes du crétinisme sont multiples et tiennent, comme toutes les cachexies à un ensemble de conditions hygiéniques défavorables, à tel point qu'on l'a rencontré non seulement dans certaines localités remarquables par leurs conditions climatériques et la composition géologique du sol, mais même dans les grands centres de population. » A cela on peut répondre : 1° que le crétinisme sporadique est vraisemblablement dû, non pas aux mauvaises conditions hygiéniques, mais à l'agénésie de la glande thyroïde ; 2° que de mauvaises conditions hygiéniques existent dans de nombreux endroits ou le crétinisme est inconnu, et qu'on a vu le crétinisme se produire au milieu même des conditions d'hygiène satisfaisantes.

L'hypothèse la plus plausible sur l'étiologie du crétinisme, c'est qu'il est le résultat d'un *agent toxique*, inconnu jusqu'ici dans sa nature, mais unique, partout le même, affectant l'organisme d'une manière uniforme et lui imprimant un cachet de dégénérescence toujours identique dont le goître marque le premier degré, et dont le crétinisme complet est le degré le plus élevé. Entre les deux il existe de nombreux échelons intermédiaires (1).

Le véhicule de cet agent toxique est l'eau de certaines sources et de certains puits ; l'eau de pluie et l'eau des neiges ne le renferme jamais ; c'est donc *dans le sol* qu'il se trouve.

Cette opinion qui de tout temps a été admise dans les pays à endémicité est démontrée par de nombreux faits. Par exemple : le goître et le crétinisme sont inconnus dans ces mêmes pays, si on ne fait usage que des eaux pluviales. Dans un village alimenté par deux sources, ceux qui boivent l'eau de l'une deviennent goîtreux ; ceux qui boivent l'eau de l'autre restent indemnes. Un village a une source non goîtrigène : cette source est détournée

(1) Baillarger et Krishaber, art. CRÉTINISME du *Dict. encycl. des sc. méd.*

par un industriel et les habitants sont obligés de boire l'eau des puits : ils deviennent goitreux. Deux villages sont distants de 800 mètres ; dans l'un l'endémie existe, dans l'autre elle est inconnue : les habitants du premier étant venus s'approvisionner d'eau aux sources du second, le goître disparut, etc...

On remarque des oscillations très grandes dans l'intensité de l'endémie suivant les lieux et les époques. Elles résultent soit du changement des sources en usage, soit du changement des qualités des eaux. On a remarqué par exemple, en certains points, qu'en été, où les cours d'eau utilisés pour l'alimentation sont grossis par la fonte des neiges, l'endémie diminue pour reparaître en hiver.

Le principe toxique se modifie avec une extrême facilité. Il suffit de faire passer les eaux goitrigènes à travers une canalisation, ou de les laisser reposer un certain temps dans un vase pour leur enlever leurs propriétés nocives.

Au contraire leur passage à travers certains terrains et leur stagnation sur le sol augmentent considérablement leur pouvoir toxique.

Hérédité. — La dégénérescence crétineuse est héréditaire et s'aggrave par la génération. Les goitreux engendrent à la fois des goitreux et des crétins. Les mariages de crétins sont le plus souvent stériles, mais quand ils sont féconds, ils donnent des crétins plus souvent que des goitreux, ce qui s'explique, le goître seul étant un degré moins avancé de dégénérescence que le crétinisme.

D'après des statistiques ayant un caractère officiel, 80 % des crétins naissent de parents goitreux ; un vingtième seulement des crétins naissent de parents crétins.

Marchant a constaté l'hérédité directe dans tous les cas qu'il a observés dans les Pyrénées. Le plus souvent la transmission vient du père ou de la mère, assez souvent cependant elle provient des grands parents ; dans les cas où il n'a pas constaté l'hérédité directe, il a toujours pu constater l'hérédité collatérale, oncles, tantes.

Selon Billet et Niepce, dans les familles où s'est produit un cas de crétinisme, l'hérédité ne s'éteint qu'à la troisième génération.

Un seul générateur malade suffit à produire la dégénérescence ; toutefois l'expérience démontre que transférés dans des pays sains, les enfants subissent infiniment moins l'influence de l'hérédité, qui s'atténue aussi beaucoup plus vite.

Sexes. — Pour qu'on puisse dire qu'il y ait endémie dans un pays, on est convenu, d'après Baillarger, que la proportion des cas de goître et de crétinisme doit être dans un rapport d'au moins 1 % avec la population. D'après le même auteur, le crétinisme est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et se trouverait dans une proportion d'environ 7 à 6. D'après l'enquête de 1864 on a trouvé 3979 crétins contre 2.853 crétines ; ce qui se rapproche des proportions constatées pour l'idiotie et la surdi-mutité.

La proportion est inverse en ce qui concerne les goîtreux ; car le goître est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

Age. — Les enfants voués au crétinisme par l'hérédité naissent le plus souvent avec toutes les apparences d'une conformation normale ; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois, de deux ans, quelquefois de trois ans que se manifestent les signes du crétinisme. D'après une statistique sarde, sur 1.000 cas, 894 fois les signes du crétinisme seraient apparus avant la fin de la deuxième année ; 36 fois de deux à cinq ans ; 53 fois de cinq à douze ans et 15 fois après la douzième année.

Les enfants nés dans les régions saines et transportés dans des contrées endémiques peuvent en ressentir l'influence nuisible. De même les adultes qui vont se fixer dans ces mêmes contrées y contractent souvent le goître, et deviennent quelquefois crétins. Le principe toxique est d'une énergie telle qu'il atteint les animaux comme les hommes et qu'il faut que les régions malsaines aillent recruter leur bétail dans les pays voisins.

Races et pays. — Il n'y a pas de race qui soit complètement exempte de goître et de crétinisme. Si ce mode de dégénérescence paraît plus fréquent en Europe, cela

tient à ce qu'il y est mieux étudié qu'ailleurs (1). Dans les contrées où l'endémie existe, les animaux sont frappés de dégénérescence, et l'on y rencontre des porcs, des chevaux, des mulets, des bœufs et des chiens affectés de goître.

Les individus des pays à endémie qui ne sont eux-mêmes ni goîtreux ni crétins se ressentent néanmoins de l'influence nocive. Ils sont sujets à la scrofule et au rachitisme, ont une ossature énorme, une tête volumineuse, des pommettes saillantes des articulations massives, le cou gros et empâté. Leur figure présente quelque chose de grossier et de stupide.

Le crétinisme est surtout fréquent dans les pays de montagnes; mais on le rencontre où il éclate de temps en temps dans des contrées très éloignées des massifs montagneux.

Billet a constaté que dans les Alpes, les terrains qui ont un rapport direct avec l'endémie sont les terrains composés de schistes talqueux, gypseux et micacés.

Mac Clelland, dans l'Himalaya, a trouvé le goître presque exclusivement endémique sur les terrains calcaires, sur les schistes argileux et sur les grès siliceux. Il en a conclu que le gloître était dû à la forte proportion de carbonate de chaux contenue dans les eaux de ces régions spéciales.

Selon Grange, le goître et le crétinisme sont endémiques sur les terrains magnésiens.

D'après Garrigou, dans les Pyrénées, la même endémie règne sur les argiles magnésiennes ; et d'après cet auteur, la magnésie serait la substance toxique qu'il convient d'incriminer.

En France, on compte 500,000 goîtreux répartis d'une façon très inégale. Cependant il convient de remarquer que dans les départements où il y a de hautes montagnes, la proportion est beaucoup plus considérable que partout ailleurs.

L'endémie crétineuse sévit surtout dans les Hautes-

(1) Voyez Capus, sur *l'Etiologie et la répartition géographique de l'endémie goitro-crétineuse en Asie centrale*, 1889. (Cet auteur croit voir la cause de l'endémie en question dans l'insuffisance du sel de cuisine dans l'alimentation des habitants).

Alpes et la Savoie. Ensuite viennent les Basses-Alpes, l'Isère, l'Ardèche, la Drôme, les Alpes-Maritimes, les Hautes-Pyrénées, l'Ariège, la Haute-Garonne. Enfin, en troisième ligne, mais à un degré beaucoup moindre, on peut citer l'Aveyron, le Lot, la Haute-Loire, les Vosges, le Puy-de-Dôme, les Pyrénées-Orientales, l'Oise, l'Aisne, la Haute-Marne, les anciens départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, de la Moselle et de la Meurthe.

§ 4. — Traitement

Prophylaxie. — Le traitement du crétinisme doit être surtout préventif. Dans les pays à endémie, les eaux goîtrigènes devront être abandonnées dans l'alimentation. L'amélioration des conditions hygiéniques des populations atteintes pourra ensuite produire tous ses effets. A elle seule elle atténue déjà sensiblement le mal, au point qu'un changement radical dans l'existence des habitants qui continuent à s'alimenter aux sources suspectes, suffit à supprimer le crétinisme ; mais elle laisse subsister le goître. Dans les communes où à la suite de l'assainissement général des conditions de vie des habitants, le crétinisme a disparu, le goître n'en persiste pas moins. « Lunier a fait judicieusement observer, disent Baillarger et Krishaber (1), qu'à Strasbourg même, dans l'établissement des orphelins qui occupe un emplacement vaste et salubre, et où les enfants reçoivent une nourriture et des soins généraux réglés sur les meilleurs procédés hygiéniques, le goître persiste cependant ; le crétinisme seul ne se produit pas. L'identité de ces deux manifestations de l'endémie étant admise, n'est-il pas évident que de bonnes conditions hygiéniques peuvent empêcher peut-être l'organisme de déchoir complètement et d'atteindre la dernière expression de la dégénérescence ; mais que sa première manifestation persiste tant que la cause directe n'a pas été supprimée ? Le goître ne disparaît qu'avec la disparition des eaux goîtrigènes. »

De nombreuses preuves confirment l'assertion précédente. Partout où l'endémie goîtreuse s'est déclarée, de-

(1) Baillarger et Krishaber, *loc. cit.*

puis qu'on étudie la question du crétinisme, il a suffi de substituer les eaux pluviales aux eaux naturelles pour le faire cesser complètement. Là où cette substitution est impossible, les eaux doivent être captées, amenées dans des réservoirs où elles se reposent et se purifient partiellement. Un autre succédané consiste dans un filtrage efficace à l'aide des appareils les plus perfectionnés.

L'assainissement du sol contribue à diminuer dans une forte proportion la toxicité des eaux, le drainage des terrains, la suppression des étangs et des marais est une mesure indispensable dans les pays à endémie. Sur le Rhin, où cette dernière ne s'écarte point des bords du fleuve, elle se propage principalement par les inondations, qu'il conviendrait en conséquence de prévenir.

On peut au besoin par des mesures légales ou administratives obliger les habitants à améliorer leur logement, à en diminuer les causes d'insalubrité par une propreté mieux entendue, une aération plus complète, un sol exempt d'humidité. Si on ne peut supprimer leur misère, il est possible cependant, en créant des voies de communication, de développer chez eux le commerce, l'industrie, et par conséquent les éléments de la richesse et du bien-être devant qui la dégénérescence crétineuse a toujours invariablement reculé.

Enfin il importerait de prendre, au besoin, les mesures nécessaires pour empêcher les unions entre les crétineux et semi-crétins qui sont vouées fatalement à la reproduction de types encore plus dégénérés que les générateurs eux-mêmes.

Traitement curatif.— Le traitement iodé dirigé contre le goître donne des résultats d'autant plus satisfaisants qu'il a lieu à une époque plus rapprochée du début de la maladie. Des centaines d'enfants ont vu leur goître disparaître sous l'influence de la médication iodurée. Administré préventivement, ce traitement n'est pas plus utile que le traitement mercuriel administré dans le but de rendre réfractaire à l'inoculation syphilitique ; ce qui prouve, en passant, que l'absence d'iode n'est pour rien contrairement à l'opinion de Chatin, dans la nocivité des eaux goîtrigènes.

Pour administrer l'iode à des populations entières soumises à des degrés divers à la dégénérescence goîtreuse et crétineuse, on a imaginé d'additionner le sel marin, destiné aux usages culinaires, de petites quantités d'iodure de potassium, et ce traitement collectif, partout où il a été possible (prisons, collèges, pensionnats) a donné les meilleurs résultats.

Pour le traitement du crétinisme, on a fondé des établissements spéciaux dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, et l'expérience a démontré que les crétineux et les semi-crétins s'y amélioraient sensiblement sous le rapport physique et moral.

Quant aux crétins complets, le traitement qui leur est applicable n'est autre que celui des idiots dont nous avons tracé ailleurs les grandes lignes.

TROISIÈME PARTIE

MÉDECINE LÉGALE ET LÉGISLATION

CHAPITRE PREMIER

MÉDECINE LÉGALE

§ 1er. — Responsabilité des aliénés

L'irresponsabilité légale des aliénés ne commença à être admise qu'au XVIIIe siècle et seulement en faveur des individus atteints de folie générale, de démence complète et d'idiotie. Peu à peu le principe de l'irresponsabilité fut étendu au délire partiel, mais ce n'est que de nos jours que grâce aux progrès incessants de la clinique, il a fini par entrer réellement en pratique.

« Il n'y a ni crime ni délit, dit l'article 64 du code pénal, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou qu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

Etant donné que le mot *démence*, dans le langage de la loi, est synonyme d'aliénation mentale, la question de responsabilité légale se ramène donc strictement à une question de diagnostic. Le prévenu était-il aliéné au moment de l'acte ? Il est irresponsable. Etait-il sain d'esprit ? Il est responsable et doit compte de ses actes.

Le rôle du médecin légiste doit donc se borner à poser un diagnostic et à en faire la démonstration à l'aide des données de la clinique.

Toutes les questions qu'un magistrat peut lui poser relativement au degré de liberté morale, de discernement ou de responsabilité d'un prévenu échappent à sa compétence. Le seul criterium qui soit à sa disposition est l'exis-

tence ou la non existence de la maladie, et ce criterium ne se fractionne pas.

La recherche de la responsabilité d'un aliéné est pour un médecin, fait observer Dagonet, une chose vraiment étrange. En présence des modifications profondes et si complexes que subit l'organisation morale de l'individu, modifications dont il n'a même pas conscience, comment distinguer les limites dans lesquelles sa liberté morale peut être conservée ? Admettre une semblable responsabilité ne serait-ce pas en quelque sorte reconnaître que l'individu est libre de ne pas être aliéné (1).

Cependant la doctrine de la responsabilité partielle, proportionnelle ou atténuée des aliénés est admise par un certain nombre de médecins. Casper soutenait à une époque encore récente, que tout individu atteint de délire partiel doit être responsable dans tous les cas, qu'il ait ou non agi sous l'influence du délire. Legrand du Saulle (2) n'admet l'irresponsabilité totale qu'en cas de folie générale. En cas d'aliénation partielle (expression d'ailleurs absolument impropre au point de vue médical), le prévenu ne sera pas responsable quand il aura agi sous l'influence de son délire, mais il devra être considéré comme tel lorsque le mobile auquel il a obéi est étranger à la sphère de ses conceptions délirantes.

Ces idées ont pour fondement des considérations psychologiques manifestement étrangères à la médecine et contraires à l'observation clinique. Pour les admettre, il faut nier la solidarité des facultés qui composent l'intelligence humaine, et admettre, par exemple, que l'individu, accaparé par une idée fixe, est cependant assez maître de ce qui lui reste de raison pour résister à des penchants mauvais. Cependant, il n'est guère de clinicien qui n'admette aujourd'hui que, quel que soit, en apparence, le cercle restreint dans lequel se meut le délire, l'intelligence n'en est pas moins altérée dans sa totalité, que des idées pathologiques ne sauraient germer et se développer que sur un terrain préalablement maladif ; que si la folie est diverse dans ses manifestations, elle est une dans sa

(1) Dagonet, *Annales méd. psych.*, 1868, 4e série, t. II.
(2) Legrand du Saulle, *Traité de médecine légale ;* Paris, 1886.

nature, et qu'il n'y a pas de monomane qui ne présente, dans le cours de son existence, plusieurs monomanies différentes, symptômes variables d'une maladie, et non maladies elles-mêmes.

« Comment affirmer dit encore J. Falret, que tel acte, accompli dans tel moment, est totalement étranger aux conceptions délirantes de l'individu, tandis que tel autre acte, commis au même instant, doit être attribué à une impulsion maladive ? Comment fragmenter ainsi l'âme humaine et faire deux parts distinctes dans ce qu'il y a de plus indivisible chez l'homme, sa personnalité, son libre arbitre, sa responsabilité ? Comment le punir en même temps pour certains actes et l'absoudre pour certains autres ? Qui pourrait prétendre apprécier avec certitude ce qui se passe dans l'intimité de la conscience, en dehors de tout témoin intérieur ou extérieur ? Qui pourrait peser, mesurer le degré d'impulsion qui a entraîné le malade à l'action et le degré de résistance qu'il a pu y opposer ? Qui a la prétention de posséder un *phrénomètre*, c'est-à-dire un instrument assez précis, assez rigoureux, pour calculer avec exactitude dans cette statistique intellectuelle et morale, dans ce mécanisme compliqué des facultés intellectuelles, morales et instinctives, la puissance des forces d'impulsion et le contre-poids exercé par les forces de résistance ? (1) »

Si l'on admettait la responsabilité partielle chez les aliénés, à plus forte raison faudrait-il l'admettre chez les sains d'esprit. Personne n'oserait soutenir qu'il n'y a pas, entre tous les hommes, d'innombrables degrés dans le libre arbitre, et même que le même homme ne jouit pas d'une liberté variable suivant l'heure et les circonstances.

Depuis l'homme intelligent, instruit, doué des plus hautes qualités morales, habitué à exercer un empire presque absolu sur ses idées et ses penchants, jusqu'à l'être grossier, ignorant, vicieux par éducation, élevé dans un milieu où les mauvaises passions se développent à l'abri de toute contrainte, n'y a-t-il pas un nombre infini de degrés dans la responsabilité morale ?

Mais la responsabilité morale n'est pas la responsabilité

(1) J. Falret, *Dict. encyclop. des sc. médicales*, 3e série, t. III.

légale. Si la loi demande à tous un même compte de leurs actes; si elle ne peut, sous peine de n'être plus la loi, faire de différence entre un homme bien doué moralement et un autre qui le serait moins, elle ne peut pas davantage en faire entre un homme très malade et un autre qui ne l'est pas au même degré; tous les deux sont malades; cela suffit pour qu'ils échappent à sa compétence.

Pour défendre la doctrine de la responsabilité partielle, Tardieu (1) invoque un argument qui a plus de valeur. Il fait ressortir qu'en fait, dans la pratique, le dilemme : un individu est fou ou il ne l'est pas, n'est pas toujours applicable; qu'il est dans bien des cas impossible d'y répondre par oui ou par non ; et il cite comme exemple des cas douteux de ce genre, les imbéciles, les fous lucides, les paralysés généraux dans la période prodromique, les alcooliques, les épileptiques, etc.

Mais presque toute cette argumentation repose sur une équivoque : par exemple les imbéciles ne sont pas des fous, pas plus que les manchots ne sont des malades. Ce sont des infirmes à qui personne ne songe à appliquer la doctrine de l'irresponsabilité totale. De même les alcooliques, les épileptiques, en dehors des manifestations aiguës et spécifiques de leur intoxication ou de leur maladie ne sont ni des fous ni des malades au sens propre du mot. Ce sont des affaiblis assimilables aux faibles d'esprit, aux imbéciles.

Quant aux paralytiques, dans la période prodromique, si le diagnostic est certain, il serait absurde d'admettre la responsabilité même diminuée, car l'individu dans ce cas est dans toute la force du terme un malade, un fou, qui réclame des soins énergiques et immédiats, et non une répression pénale quelconque.

Il n'en est pas moins certain, cependant, qu'il n'y a aucune limite tranchée entre la santé et la maladie, entre la raison et la folie confirmée, et que par conséquent il se présente des cas mixtes, où la doctrine de l'irresponsabilité totale n'est pas applicable. Si dans ces cas, que nous étudierons plus loin, il n'entre pas dans le rôle du médecin de fractionner la responsabilité humaine, il est de son

(1) Tardieu, *Etude médico-légale sur la folie;* Paris, 1872.

devoir d'éclairer la justice, et de signaler au magistrat que le sujet s'éloigne plus ou moins de la normale, que sa constitution psychique est plus ou moins défectueuse, et partant qu'il ne saurait être assimilé, au point vue de de la responsabilité, à l'individu parfaitement sain d'esprit.

Cette opinion est celle de J. Falret qui, s'il n'admet pas la *responsabilité partielle* des aliénés, c'est-à-dire une responsabilité portant sur certains faits et non sur certains autres, *dans le même moment*, est au contraire disposé à l'admettre dans des *moments différents :* « Nous sommes tout prêts à proclamer, dit-il, qu'il est des moments dans la vie des aliénés où l'on doit reconnaître, soit leur responsabilité entière, comme dans les périodes de prédisposition, d'intermittence ou d'intervalles lucides, soit leur responsabilité incomplète ou atténuée, comme dans les périodes d'incubation, de rémission plus ou moins complète ou de convalescence. Nous admettons aussi que la question de la responsabilité complète ou incomplète peut être discutée dans certains états de trouble mental, en dehors de la folie proprement dite, comme la démence apoplectique et l'aphasie, l'hystérie, l'épilepsie et l'alcoolisme. C'est sur ce terrain restreint, *étranger* à l'aliénation mentale ou à la folie confirmée, que nous admettons la responsabilité partielle, incomplète ou atténuée ».

Après un langage aussi net, il est évident que les partisans de la responsabilité partielle n'ont aucune bonne raison de reprocher à leurs adversaires d'accorder le privilège de l'irresponsabilité à ce groupe considérable d'individus incorrects qu'on considère comme étant sur les frontières de la raison et de la folie.

§ 2. — Expertise

Le médecin expert, en matière d'aliénation mentale, doit d'autant plus rester dans les limites exactes de son rôle *exclusivement médical*, que sa compétence n'est pas toujours admise sans conteste. « L'expert, dit excellemment Linas (1), est moins qu'un arbitre, il est plus qu'un témoin; il diffère du premier en ce que sa décision n'a

(1) Linas, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1re série, t. III.

rien d'impératif et du second par l'étendue, l'importance et le caractère scientifique de son témoignage.

« Dans aucun cas le médecin expert ne doit sortir du cercle de ses attributions pour usurper le rôle d'avocat, encore moins celui de juge. Il ne saurait prétendre à interpréter ou à appliquer la loi ; c'est la prérogative des magistrats, et il leur est interdit de l'abdiquer entre les mains de qui que ce soit. Certains experts, notamment en matière de folie, comprenant mal leur mission se laissent aller à ces dangereux empiètements. Emportés par un zèle excessif, ils critiquent le code ou l'interprètent à leur manière ; ils développent les généreuses théories d'une jurisprudence personnelle et quelquefois même vont renchérissant sur les exagérations pathétiques de la défense. Il faut bien se garder de ces entraînements. L'esprit de système ou les vaines déclamations siéent mal dans la bouche d'un homme qui doit parler exclusivement au nom de la science et de la vérité. Son langage doit être sévère, froid, calme, dépouillé de tout artifice, dégagé de tout intérêt et de toute prévention. »

Les moyens à l'aide desquels il doit remplir sa mission sont : l'enquête, l'interrogatoire et l'observation directe et suivie.

L'*enquête* a pour but de réunir tous les renseignements susceptibles de l'éclairer sur l'individu qu'il est chargé d'examiner.

Ces renseignements doivent porter sur la vie entière de l'inculpé, sur ses antécédents héréditaires, sur ses antécédents morbides personnels, sur ses goûts, ses penchants, sur ses habitudes, les modifications qu'elles ont pu subir, l'époque où la folie a éclaté, les symptômes par lesquels elle s'est manifestée, etc. Ces renseignements seront puisés à diverses sources, auprès de la famille, des amis, des voisins; dans les attestations médicales, dans la visite de l'habitation de l'inculpé, dans ses écrits et surtout dans son dossier judiciaire. Bien souvent il suffit d'ouvrir ce dossier pour être sur la voie du diagnostic.

L'examen des écrits est précieux : ils portent souvent le cachet évident et caractéristique du trouble mental et moteur du sujet examiné (conceptions délirantes, particularités graphiques propres aux aliénés, omissions, etc.).

La visite et l'inspection du domicile du prévenu n'est pas moins suggestive dans certains cas de délire systématisé dissimulé par le sujet. On trouvera, dit Linas, des portes clouées, des fenêtres barrées, des serrures bourrées de papier, des cheminées obstruées, des meubles bouleversés, tournés à l'envers ou posés sens dessus dessous, des inscriptions bizarres, des objets d'une signification inconnue, des collections de choses innommées, débris de nourriture, excrétions, détritus de toute nature.

Une fois en possession de ces renseignements préliminaires, l'expert peut procéder à l'*interrogatoire*. Certains médecins veulent qu'on y procède avant toute autre information pour éviter les idées préconçues. Ce scrupule est assurément excessif et contraire au but à atteindre, tandis que les avantages de l'enquête préalable sont évidents ; elle évite les longueurs, les tâtonnements et permet d'imprimer à l'interrogatoire une direction plus méthodique et plus fructueuse.

Dans ses rapports avec l'inculpé, l'expert devra éviter tout ce qui pourrait le rendre antipathique. Par une attitude simple, exempte de morgue et de solennité, bienveillante au besoin, toujours pleine de tact, quelquefois ferme et énergique, il arrivera à dissiper ses craintes, à gagner sa confiance et à fixer son attention.

Toutes les fois que l'enquête et l'interrogatoire ne lui auront pas permis d'établir son diagnostic, le médecin devra recourir à un troisième mode d'information, l'*observation directe et suivie*. Cette observation peut être pratiquée dans le lieu de détention lui-même, par le personnel y attaché, mais plus efficacement dans un asile d'aliénés où le prévenu devra être admis pour la circonstance. L'observation directe et suivie permettra non seulement de constater l'état mental, mais encore l'état de santé physique du malade, sa constitution et son aspect extérieur, maintien, démarche, gestes, physionomie, difformités, et autres signes physiques de l'aliénation mentale.

Une fois en possession de tous les documents nécessaires pour se créer une opinion raisonnée, l'expert fait son rapport, pièce écrite dans laquelle il consigne le résultat de son examen et les conclusions auxquelles il est arrivé.

§ 3. — Erreurs a éviter

Il est certaines causes d'erreur contre lesquelles l'expert doit être prémuni.

Un acte délictueux ou criminel peut être commis par un individu qui se trouve dans la *période prodromique* de l'aliénation mentale. Les signes prodromiques de la folie, d'ailleurs variables suivant les cas, ne sont pas toujours faciles à reconnaître, et on s'exposerait en n'en tenant pas compte à déclarer sain d'esprit un sujet déjà gravement atteint dans son intelligence et ses facultés morales.

Une autre cause d'erreur est la *folie dissimulée*. Beaucoup d'hallucinés, de délirants systématiques, même à une période avancée de leur maladie, peuvent ne révéler leurs conceptions délirantes par aucune parole compromettante, d'autant plus que la logique même de leur délire les pousse à user de réticences, et à refuser de répondre aux questions qu'on leur pose, toute demande d'explication leur semblant un piège dont ils doivent se garder. « Vous le savez aussi bien que moi » est l'expression favorite des persécutés. Dans les cas de ce genre, il devient nécessaire d'avoir recours à l'observation personnelle et soutenue. Quand il ne se sait pas observé, l'halluciné ne manque pas de s'abandonner aux sollicitations de ses sensations perverties ; il monologue, gesticule d'une façon bizarre, s'entoure de précautions singulières ; trahit en un mot, par tous ses actes, les préoccupations morbides auxquelles il est livré intérieurement.

Certains aliénés avérés, n'ayant aucun motif de dissimuler, protestent cependant avec une énergie et une persistance incroyable contre l'imputation de folie, alors même qu'ils auraient le plus grand intérêt pour sauver leur honneur ou leur vie, à maintenir cette excuse. Certains mélancoliques, non seulement avouent l'action qui leur est reprochée, mais encore s'accusent de toutes sortes de fautes imaginaires avec les démonstrations les plus vives du remords et du désespoir. Ces deux particularités ne doivent jamais être oubliées du médecin expert.

La *folie simulée* est assez fréquente. Les individus qui simulent la folie sont de jeunes soldats qui cherchent par tous les moyens possibles à se faire exempter du service militaire ou des accusés qui espèrent, en se faisant passer pour aliénés, éviter la condamnation qu'ils ont encourue.

Le plus souvent dans l'ignorance où ils sont des symptômes propres à la folie, les simulateurs se livrent à des manifestations qui rentrent plutôt dans le cadre de la démence ou de l'imbécillité que dans celui des perversions délirantes de l'intelligence. Ils affectent notamment une amnésie qu'il est facile de percer à jour, car elle ne répond à aucune des formes d'amnésie connues.

Cependant on voit des individus profiter de l'expérience qu'ils ont acquise dans les asiles d'aliénés où ils ont réussi à se faire enfermer pour simuler non plus l'obtusion intellectuelle, mais l'aliénation mentale elle-même dans les formes les mieux définies.

Billod cite un individu assez habile pour s'être fait séquestrer neuf fois dans un asile d'aliénés, bénéficiant d'ordonnances de non lieu, et s'évadant ensuite de l'asile où on l'avait placé pour recommencer le cours de ses crimes (1).

J'ai eu moi-même à examiner un repris de justice des plus dangereux, qui ayant séjourné à Saint-Anne, y avait pris des leçons de délire alcoolique et de délire de persécution qu'il simulait avec une certaine habileté.

E. Laurent cite le cas d'un individu qui pendant trois ans simula la mégalomanie à la prison de la Santé et qui ne fut démasqué que parce qu'il eut la faiblesse de faire des confidences à un autre détenu (2).

Les formes de la folie les plus habituellement simulées sont en premier lieu, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la démence avec obtusion de l'intelligence et surtout perte de la mémoire ; la manie aiguë, avec excitation désordonnée et langage incohérent ; la mélancolie stupide avec immobilité et mutisme ; les délires partiels avec hallucinations, délire de persécution, délire mystique, délire des grandeurs ; le délire alcoolique avec ses hallu-

(1) Billod, *Annales méd. psych.*, 1868, affaire Jarry.
(2) E. Laurent, *Ibid.*, 1888.

cinations terrifiantes et ses troubles de la sensibilité tactile ; l'épilepsie et les troubles intellectuels qui l'accompagnent habituellement.

En somme, rien n'est plus difficile que de simuler la folie ; les simulateurs en général n'en donnent qu'une parodie burlesque ; ils forcent la note, exagèrent les symptômes qui servent de base à leur échafaudage pathologique, ou en associent qui s'excluent dans la réalité. Ils se livreront avec affectation à des actions ridicules, manifesteront une incohérence invraisemblable, feront des réponses absurdes, composées de mots rassemblés au hazard et semblant indiquer qu'ils ne soupçonnent même pas le sens des questions qu'on leur a posées. Or, rien n'est plus contraire à la vérité : en effet, même dans la folie aiguë, un aliéné comprend les paroles qu'on lui adresse et y répond, si non toujours correctement, du moins par des phrases qui se rattachent toujours par quelque côté, au point sur lequel on l'interroge. Si on lui demande son âge, par exemple, il ne répondra pas, comme un simulateur célèbre 242 fr. 35, ou 5 mètres 75 centimètres. Le simulateur croit, par des lambeaux de phrases absurdes, sans suite et sans lien, dans lesquelles il prend le contre-pied de tout ce qu'on lui demande, se montrer très habile : en réalité il ne fait que se trahir.

L'individu qui simule un délire partiel ne peut en général soutenir son rôle très longtemps en raison des contradictions dans lesquelles il ne peut s'empêcher de tomber. S'il croit remarquer qu'on admet la sincérité de délire, il ne manque pas de tomber dans la charge, en forçant tous ses effets. Pour peu qu'on l'interroge dans une direction déterminée, il s'empresse d'emboîter le pas à son interlocuteur et de le suivre dans la nouvelle voie qui lui est ouverte. Par cette suggestion indirecte l'expert pourra induire le simulateur inexpérimenté à passer en revue toutes les formes connues de l'aliénation mentale.

Si l'expert, entouré de tous les renseignements de l'enquête et de l'interrogatoire reste dans le doute, son devoir est de provoquer l'admission du prévenu dans un asile d'aliénés, afin qu'il soit soumis à une observation prolongée. On l'observe la nuit et le jour, et à son insu ; car,

dès qu'ils se croient seuls, beaucoup de simulateurs cessent leur rôle. On recueillera tous ses gestes, toutes ses attitudes; on lui fera subir des interrogatoires répétés et pressants pendant quelques jours, puis pendant une nouvelle période, on l'abandonnera à lui-même, de manière à endormir sa défiance, on le mettra en contact avec des malades d'un état mental opposé à celui qu'il simule, et souvent il s'empressera de les imiter sans se soucier de la contradiction; on l'engagera à lire et à écrire; on créera pour lui quelque situation embarrassante afin d'observer comment il s'en tirera. Enfin on étudiera avec soin les symptômes physiques, car, si on peut, à la rigueur, imiter le délire, il n'en est pas de même de certains phénomènes, comme l'insomnie à laquelle les simulateurs ne songent guère, et qui pourtant ont une valeur considérable au point de vue du diagnostic de la folie; ou encore l'analgésie, si commune chez les vrais aliénés, les troubles des fonctions digestives, l'anorexie, la constipation, les troubles de la circulation et de la respiration si importants dans la folie générale.

On pourra au besoin, avoir recours aux instruments de précision, au thermomètre et surtout au sphygmographe dont A. Voisin a tiré un si heureux parti dans la simulation de l'attaque épileptique. Parmi ces signes physiques, l'examen du regard a été signalé comme particulièrement instructif. Le regard du simulateur est, ainsi que le fait observer A. Laurent (1), furtif, mobile, sournois. Il ne saurait lui donner l'expression égarée et excitée qui appartient au maniaque; l'expression affaissée et indifférente qui appartient au dément et au paralytique; l'éclat de fierté du mégalomane. Il ne peut dissimuler l'attention qu'il porte à toutes les paroles et à tous les mouvements de l'expert chargé de l'étudier.

Il importe encore de ne pas oublier que la folie peut avoir éclaté après la perpétration de l'acte incriminé et que l'inculpé, déjà véritablement aliéné, peut charger son délire et simuler des perturbations intellectuelles qui n'existent pas réellement chez lui.

Enfin, certains observateurs ont soutenu avec vraisem-

(1) A. Laurent, *Ann. méd. psych.*, 1863.

blance que la plupart des simulateurs étaient des êtres incorrects au point de vue mental, des individus plus ou moins aliénés et prédisposés à la folie.

C'est peut-être ce qui explique pourquoi la simulation prolongée peut exercer une influence fâcheuse sur l'état de l'intelligence. Certains simulateurs démasqués ont en effet avoué que dans certains moments, ils éprouvaient des vertiges et de la confusion des idées qui leur faisaient craindre pour leur raison.

Quelques prévenus *allèguent la folie*, sans la simuler, c'est-à-dire qu'ils prétendent qu'au moment où ils ont accompli l'acte répréhensible, ils avaient perdu la raison. Pour arriver dans un cas semblable à la vérité, ce n'est pas trop de faire la biographie complète du sujet au point de vue pathologique.

La *folie transitoire* n'est jamais un fait isolé dans l'existence d'un individu. Elle se rattache soit à une prédisposition héréditaire grave, soit à une épilepsie larvée ou vertigineuse, soit à une maladie cérébrale antérieure, à un traumatisme, à des convulsions, soit enfin à un état prodromique, par exemple celui de la paralysie générale. C'est dans ce sens que l'expert devra diriger ses investigations.

§ 4. — Questions médico-légales relatives a la folie confirmée

Manie. — L'accès de manie franche s'accompagne rarement d'actes délictueux ou criminels. La perturbation générale des idées du maniaque le met hors d'état de combiner une action dangereuse.

Cependant, les paroxysmes de fureur auxquels il est parfois en proie peuvent avoir pour conséquence des actes de destruction et de violence contre les personnes. En pareil cas, les circonstances mêmes du fait suffisent, en général, à en faire apprécier le caractère.

Dans l'*excitation maniaque*, on a rarement à constater des actes criminels ; les périodiques, les circulaires, les héréditaires raisonnants, les hystériques, remarquables par leur perversité morale, ou s'abandonnent à des excentricités inoffensives, ou compromettent par leurs inventions mensongères et leurs astucieuses calomnies, la

réputation et l'honneur des gens qu'ils poursuivent de leur haine.

La lucidité apparente de ces malades et l'habileté extraordinaire avec laquelle ils ont combiné leurs actes nuisibles rendent le rôle de l'expert très difficile.

Mélancolie. — Les crimes et les délits sont rares dans la mélancolie. C'est l'impulsion au suicide qui domine dans cette maladie. Cependant dans certaines formes, on rencontre l'homicide. Certains malades tuent leurs parents ou leurs enfants pour leur éviter les tourments ou les peines dont ils les croient menacés; d'autres, en se suicidant, entraînent avec eux leurs enfants dans l'abîme, afin de ne pas les laisser exposés à toutes les misères de la vie. Certains mélancoliques religieux tuent pour que leurs victimes aillent directement au ciel. Les motifs délirants de pareils actes sont assez évidents en général pour qu'il soit facile d'en faire accepter la nature pathologique.

Délire systématisé. — Dans cette forme d'aliénation mentale, c'est l'homicide qui prédomine presque exclusivement, puis vient l'incendie.

Le persécuté tue soit par vengeance, soit dans le but de faire un exemple et de faire éclater au grand jour les complots dont il se croit victime.

Le persécuté est d'autant plus dangereux qu'il est capable de combiner longtemps à l'avance et avec une grande habileté une vengeance ou un acte d'agression quelconque. « Le persécuté étant absolument capable de tout, dit Legrand du Saulle, le philosophe, le magistrat et le médecin sont tenus à réserver au chapitre des particularités ou des catastrophes qui échappent volontiers à toute prévision humaine, une page blanche pour lui seul (1). »

L'association du délire de persécution et de l'alcoolisme est toujours redoutable. Il en est de même de celle du délire de persécution et de l'épilepsie.

La lucidité apparente des persécutés soulève souvent des difficultés à l'expert devant la justice, et il lui im-

(1) Legrand du Saulle, *le Délire des persécutions*; Paris, 1873.

porte de ne négliger aucun des éléments cliniques qui sont de nature à appuyer ses conclusions.

Le délirant mystique tue pour accomplir une mission divine, pour débarrasser le monde d'un impie ou d'un personnage qu'il considère comme hostile à la cause de Dieu. Il en est qui tuent leurs enfants pour accomplir un vœu, ou renouveler le sacrifice d'Abraham. En général, leur attitude inspirée, la nature de leur délire et les circonstances mêmes du crime suffisent à les faire reconnaître.

Délires impulsifs *(folie héréditaire).* — Les délires impulsifs avec conservation de la conscience n'engendrent pas autant d'actes criminels qu'on pourrait le supposer, et les véritables homicides conscients, les vrais kleptomanes, les vrais pyromanes sont rares. Une fois l'acte commis, ces sortes de monomanes ne cherchent pas à le dissimuler; ils le déplorent au contraire, vont se dénoncer à la justice, en racontent tous les détails avec précision et sincérité, et s'excusent même parfois du sentiment de détente et de soulagement qu'ils ont éprouvé; mais le plus souvent ils évitent de succomber à leurs impulsions en avertissant leur entourage. Le rôle de l'expert en pareil cas est extrêmement difficile; il ne devra pas manquer de faire ressortir de quel enchaînement pathologique dépend l'acte incriminé et de prouver que malgré les apparences, le monomane est une intelligence foncièrement pervertie, profondément marquée du sceau de l'hérédité morbide.

Certains héréditaires *dégénérés* atteints de folie morale commettent parfois de ces crimes stupéfiants qui échappent à toute explication ; c'est le crime par instinct, par une sorte d'appétit naturel et inconscient.

L'étude psychologique de cette sorte de criminels démontre qu'ils sont atteints d'une véritable idiotie morale. Ils appartiennent à des familles où la folie, l'épilepsie, l'immoralité, la débauche et l'idiotie se trouvent réunis. Comment douter de la part considérable que prend l'élément morbide, dans la perpétration de certains actes criminels, quand on voit des jeunes enfants, ignorants encore du bien et du mal, faire preuve d'une dépravation

effrayante et commettre spontanément les crimes les plus monstrueux?

Les caractères des actes criminels résultant d'une impulsion instinctive, sont l'absence de but et de mobile; l'indifférence de l'inculpé en présence de son crime ; et les preuves nombreuses de perversion affective qu'il ne manque pas de donner.

En pareil cas, l'expertise médico-légale est hérissée de difficultés, et il est impossible d'établir des règles générales. Chaque cas doit être étudié individuellement.

Délire épileptique. — C'est avec le délire systématisé, l'épilepsie qui fournit le plus fort contingent de crimes et de délits pathologiques. Les caractères généraux les plus habituels des crimes commis dans le délire épileptique, sont : l'absence de motif et le manque de préméditation ; la soudaineté, la férocité dans l'exécution ; le déploiement d'une violence insolite et la multiplicité des coups.

L'épileptique ne cherche ni à dissimuler son crime, ni à se cacher après ; il reste dans une indifférence absolue, ne manifeste ni regret, ni remords, et a tout oublié ; dans quelque cas cependant, il a conservé une réminiscence confuse et partielle de ce qui s'est passé (1).

Ce que nous avons dit dans le chapitre consacré à l'épilepsie nous dispense d'entrer dans de plus longs détails; nous devons rappeler cependant que la multiplicité des formes que revêt l'épilepsie est de nature à créer dans de nombreuses circonstances des difficultés diagnostiques presque insurmontables.

La question de l'existence ou de la non-existence de l'épilepsie larvée a notamment soulevé les plus graves dissentiments médico-légaux.

Le meurtre n'est pas le seul acte criminel des épileptiques ; ils commettent encore des attentats à la pudeur, des incendies ; ces actes ont un caractère périodique qui en décèle souvent la nature.

Enfin, il existe des rapports étroits entre l'épilepsie et l'alcoolisme, et ces deux éléments morbides se combi-

(1) Legrand du Saulle, *loc. cit.*

nent souvent pour motiver des actes délictueux ou criminels. Selon Legrand du Saulle, il est possible, un acte de cette nature ayant été accompli, de découvrir si le prévenu s'est trouvé, au temps de l'action, plutôt sous la dépendance morbide de l'épilepsie que de l'alcoolisme et inversement.

Délire alcoolique. — Les jurisconsultes sont singulièrement partagés sur la question de savoir si l'ivresse simple peut réclamer le bénéfice de l'irresponsabilité. Rossi, Ortolan, Faustin Hélie, refusent de voir un coupable dans l'homme qui a commis un crime ou un délit en état d'ivresse et admettent même dans l'ivresse incomplète un élément d'atténuation de la culpabilité; d'autre part, de nombreux arrêts de cours criminelles semblent établir que l'ivresse, en aucun cas, ne supprime la responsabilité. Peut-être y aurait-il quelques distinctions à établir suivant les cas : il est évident que l'individu qui cherche dans les liqueurs fortes le courage nécessaire à l'exécution d'un crime, ne saurait être assimilé à celui qui dans une ivresse imprévue, ou un accès de délire, dû à l'ivresse, commet inconsciemment un acte tombant sous le coup des lois.

En cas d'ivresse délirante, l'expert devra étudier de près l'état mental habituel du sujet, ses antécédents héréditaires, les secousses morales qu'il a pu subir récemment, ou les affections passagères qui ont pu ébranler la stabilité de son système nerveux. C'est dans ces conditions, dit Marcé, que les boissons alcooliques et surtout l'eau-de-vie et l'absinthe, impriment à l'état intellectuel de l'ivresse un cachet de gravité tout particulier, des idées sombres, une irritabilité extrême, des idées de suicide, des projets de vengeance, de violence ou de meurtre vite réalisés.

Une des particularités les plus curieuses du délire de l'alcoolique, c'est qu'il s'accuse souvent ou qu'il accuse les autres de crimes imaginaires. Tel vient se dénoncer comme ayant incendié sa maison, ou tué ses parents les plus proches, et se fait arrêter. Tel autre vient en tremblant dénoncer certaines personnes d'avoir tenté de le tuer ou de le mutiler.

Le délire alcoolique subaigu n'entraîne qu'exceptionnellement des violences graves contre les personnes, tandis que sous ce rapport le délire aigu ne le cède qu'à l'épilepsie. Poussés par une terreur aveugle, les alcooliques aigus, assimilables aux maniaques ou plutôt aux épileptiques, se précipitent sur leur victime qu'ils frappent avec fureur.

Paralysie générale. — C'est surtout dans la première période que les paralytiques donnent lieu à des poursuites criminelles.

Les *vols* commis par les paralytiques sont la conséquence de leur affaiblissement intellectuel et de la perversion de leurs facultés morales. Ce n'est ni à la suite d'un raisonnement ni par impulsion qu'ils sont poussés à voler, mais par pur hasard, par pur automatisme. Si on leur demande pourquoi ils ont volé, ils répondent tout naturellement qu'ils n'ont pas volé mais qu'ils ont trouvé l'objet en question ou qu'on le leur a donné, ou encore qu'il est leur propriété. Les objets dérobés sont presque toujours sans valeur; aux halles ils prendront un poulet, des légumes ; aux étalages, un objet quelconque, car ils ne choisissent pas ce qu'ils prennent et tel malade qui n'a pas de famille dérobera, par exemple, des bottines d'enfant. Enfin, ils ne se cachent pas, ne s'entourent d'aucune précaution et s'emparent de ce qu'ils voient de la façon la plus naturelle. Un paralytique voyant une barrique à la porte d'un marchand de vin, va prier deux sergents de ville de l'aider à rouler cette pièce de vin et ceux-ci de se mettre à l'œuvre, sans se douter qu'ils aidaient à commettre un vol. Un autre voit dans une salle d'attente une valise, s'en empare et s'étonne qu'on l'arrête à la sortie.

Les *actes d'immoralité* commis par les paralytiques sont marqués au coin de la même faiblesse intellectuelle. On voit des gens jusqu'alors d'une moralité irréprochable s'abandonner sous l'influence de l'excitation génésique si fréquente au début de la paralysie générale, aux excès les plus dépravés, sans la moindre honte et sans se cacher. L'un introduit dans son ménage des femmes de mauvaise vie ; l'autre se livre à l'onanisme en public ou devant les membres de sa famille; une femme se prostitue au pre-

mier venu dans les jardins publics ; un autre exhibe ses organes génitaux en public pour faire constater qu'il a la syphilis, etc.

Les *violences contre les personnes* et l'homicide sont rarement le fait de paralytiques ; quand ils se produisent, c'est avec la même inconscience et les mêmes circonstances puériles ; témoin ce paralytique qui, armé d'une épée, demande à un agent de police l'adresse de la personne qu'il veut aller tuer (1).

Les questions médico-légales que soulève la paralysie générale se rattachent souvent à des accusations de *détournement*, *de faux*, résultats d'erreurs graves de comptabilité. Lorsque la maladie débute d'une façon insidieuse, que le sujet ne présente encore aucune idée délirante et paraît se conduire comme un homme raisonnable, l'appréciation d'actes de ce genre peut être extrêmement délicate et exige une connaissance approfondie des moindres manifestations prodromiques de la maladie. On recherchera alors l'embarras de la parole, les troubles de la mémoire ; on constatera que les faits incriminés portent dans leur mode d'exécution l'empreinte de la faiblesse intellectuelle et de l'imprévoyance qui caractérisent dès le début la paralysie générale.

Les actes commis dans une période de rémission ne diffèrent pas en général de ceux qui sont commis dans une période active de la maladie, car l'affaiblissement intellectuel subsiste toujours, et les malades demeurent accessibles à toutes les influences venant du dehors.

§ V. — Questions médico-légales relatives aux états mixtes

Les états mixtes sont des états intermédiaires entre la raison et la folie . On conçoit qu'aucune règle générale ne soit applicable à des cas de cette nature et en pareil cas l'expert devra compter bien plus sur sa sagacité et sur ses connaissances cliniques que sur la foi des auteurs et sur des préceptes invariables.

Période prodromique des maladies mentales. — Il y a

1) F. Darde, *Du délire des actes dans la paralysie générale;* 1874.

des maladies mentales qui se développent d'une façon lente et insidieuse. La maladie peut être déjà très développée sans qu'elle ait été constatée, et si quelque acte criminel se produit dans cette période, l'individu est poursuivi et condamné sans expertise préalable. Quelquefois le délire éclate pendant le cour même du procès, d'autre fois, peu de temps après la condamnation, venant ainsi démontrer que l'acte coupable n'était que la première manifestation de la maladie. En présence de cas de cette nature, l'expert doit régler son appréciation d'après la certitude plus ou moins grande où il est de se trouver en présence d'une affection en voie d'évolution.

S'il n'existe que des signes douteux, le prévenu pourra bénéficier d'une exonération partielle ; si la maladie est nettement caractérisée, l'irresponsabilité complète devra être proclamée. Les actes les plus habituels commis dans la période d'incubation des maladies mentales sont des faux, des vols, des attentats à la pudeur (démence simple, organique ou paralytique).

Rémissions, intermittences et intervalles lucides. — Théoriquement on ne peut nier que dans l'état de rémission, d'intermittence ou d'intervalle lucide, la responsabilité légale ne reparaisse pour l'aliéné. Une intermittence vraie n'est au fond qu'une guérison momentanée, et dès lors l'individu doit être considéré comme jouissant de toute sa raison. Mais en pratique, la question est beaucoup moins simple, l'existence des intermittences vraies est en réalité beaucoup plus rare qu'on ne serait disposé à l'admettre. L'étude des aliénés intermittents, circulaires ou périodiques prouve qu'après un très petit nombre de rechutes, en général, l'intelligence et surtout les facultés morales subissent chez eux une altération permanente et définitive. L'étude des rémissions dans le délire systématisé prouve que le malade, quoique ne forgeant plus *actuellement* de nouvelles conceptions délirantes n'a presque jamais totalement abandonné les anciennes. Dans leurs intervalles de rémission et de lucidité, les paralytiques restent diminués intellectuellement et moralement, car la démence ne rétrograde pas. Ainsi donc, dans la pratique, on sera aux prises avec certaines difficultés que la clinique

seule pourra résoudre, et d'une façon différente suivant les cas.

Folie héréditaire. — Tant qu'un héréditaire n'a pas dépassé les limites de la simple prédisposition à la folie confirmée, il n'appartient pas encore à la clinique. Le fait seul qu'on constate chez un individu la déséquilibration mentale où la prédisposition héréditaire ne saurait l'exonérer de toute responsabilité. Ce serait l'impunité acquise pour les aventuriers, les excentriques malfaisants, les chevaliers d'industrie, les vicieux, les vagabonds, les ivrognes, les hystériques, etc., et les criminels mêmes, si, comme la science tend à l'admettre, ces derniers sont aussi des héréditaires dégénérés ; il n'y aurait plus dès lors de coupables, mais des malheureux déshérités, plus à plaindre qu'à punir. La justice humaine à sa raison d'être et le médecin en tant que médecin n'a pas à en discuter la base et les principes. Tant que ces individus n'offrent que des lacunes dans leur intelligence, tant qu'ils se contentent d'être des êtres mal doués, des déséquilibrés, de simples prédisposés, ils doivent compte de leur conduite. Ils possèdent, comme dit encore Jules Falret (1), les principaux attributs de l'espèce humaine, et, quelques faibles que soient leurs facultés, elles leur permettent pourtant d'apprécier dans une certaine mesure la moralité de leurs actions, de discerner le bien et le mal et de s'abstenir de commettre des actes contraires aux lois. Ce serait pousser trop loin l'indulgence que de les absoudre quand même de tout ce qu'ils peuvent faire de mal. — D'autre part, il serait excessif de les assimiler absolument aux hommes qui jouissent de la plénitude de leur intelligence. D'où la nécessité d'amettre pour cette catégorie d'individus une certaine atténuation de la responsabilité légale, surtout si à leurs antécédents héréditaires sont venus se joindre des antécédents personnels de quelque importance ayant pu jeter une perturbation nouvelle dans leur existence intellectuelle. Tels sont : les convulsions de l'enfance, les inflammations du cerveau et de ses enveloppes, les

(1) Falret, *loc. cit.*

maladies nerveuses diverses ; les congestions cérébrales, les attaques épileptiformes.

Chacun de ces accidents laisse après lui une nouvelle modification du système nerveux qui influera sur les facultés intellectuelles pour les pervertir et les désorganiser. Parmi les stigmates psychiques qui peuvent avoir une réelle importance au point de vue de l'atténuation de la responsabilité, il convient de citer ces alternances d'exaltation et d'apathie que l'on rencontre chez beaucoup de déséquilibrés et qui sont comme une ébauche de la folie à formes alternes. Exaltés pendant des mois et quelquefois des années, ces individus s'enfoncent soudain dans une sorte de somnolence indifférente qui fait l'illusion d'un naufrage définitif. Hardis, entreprenants, pleins de confiance en eux-mêmes dans la première période, ils deviennent indécis, tristes et hésitants dans la seconde.

Hystérie. — L'état mental des hystériques qui ne sont pas tombées dans la folie confirmée, est absolument assimilable à celui des héréditaires et comporte une règle analogue de conduite. Elles seront, suivant les cas, reconnues responsables ou partiellement excusées.

Entre la simple déséquilibration mentale des hystériques et la folie confirmée, il existe une foule de degrés. « Il en est quelques-unes, dit J. Falret, surtout celles qui ont dans leurs ascendants des aliénés ou chez lesquelles l'hystérie n'est qu'une des formes de l'hérédité morbide, chez lesquelles il se produit de véritables accès de trouble mental très caractérisés, ou même un état de folie continue sous forme de folie raisonnante ou même d'état maniaque proprement dit. Ces phénomènes ont surtout lieu chez les hystériques qui présentent des symptômes physiques atténués ou un diminutif de l'hystérie » (1).

Epilepsie. — Nous n'avons pas à parler ici du *délire épileptique* proprement dit, dont le diagnostic a été exposé ailleurs et qui ne donne lieu à aucune remarque casuistique. Mais, s'il est des épileptiques qui, en dehors de leurs attaques sont absolument sains d'esprit, il en est un grand

(1) J. Falret, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3e série, t. III.

nombre dont le caractère et le moral sont profondément altérés. Dans l'intervalle de leurs accès, ils présentent des inégalités d'humeur, des bizarreries, des variations très grandes dans le degré de leur intelligence. Ils sont tantôt difficiles à vivre, querelleurs, irritables au plus haut degré, tantôt obséquieux, câlins, complimenteurs et bas. Sans être irresponsables, ces individus peuvent, dans certaines circonstances, être dans un état mental tellement incorrect qu'ils doivent être partiellement excusés.

C'est surtout avant et après l'attaque que les fonctions psychiques de l'épileptique, sans aller toujours jusqu'au délire, subissent des perturbations profondes et qu'il peut commettre des actes contraires à la loi. Les difficultés d'appréciation médico-légale sont d'autant plus grandes que la durée de ces perturbations mentales n'est pas limitée et peut être de quelques heures à quelques jours. Il faut encore dans ces cas chercher ses moyens d'information dans l'étude attentive du malade d'après les principes de la clinique.

Alcoolisme. — En dehors des accès de délire caractérisé, l'état mental habituel de l'alcoolique est d'autant plus incorrect que l'intoxication est plus ancienne. Il y a chez lui de nombreux intermédiaires entre la raison et la folie, dont l'appréciation médico-légale est souvent très difficile. Il y a des périodes dans la marche de l'intoxication, des moments d'incubation pendant lesquels le délire se fait déjà sentir sans avoir éclaté au grand jour : c'est surtout pendant la nuit et dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil que les ivrognes se livrent surtout à des violences contre leurs femmes, contre leurs enfants, contre eux-mêmes, contre de prétendus persécuteurs. Il y a aussi des périodes de rémission pendant lesquelles persistent à un certain degré les idées délirantes, des idées de jalousie ou de persécution, par exemple, qui les poussent à des actes violents, même dans l'intervalle de leurs accès. Il y a enfin de véritables intermittences prolongées avec retour complet de la raison pendant lesquelles l'alcoolique doit être considéré comme absolument responsable de ses actes. L'expert devra tenir le plus grand compte de toutes ces particu-

larités et ne conclure qu'après une étude minutieuse de chaque cas en particulier.

Etats puerpéraux. — Les femmes enceintes ou nouvellement accouchées commettent parfois des actes répréhensibles dont les plus ordinaires sont le vol et l'infanticide. Il est certain que l'état de grossesse s'accompagne parfois d'un état mental caractérisé par des obsessions et des impulsions irrésistibles (actes excentriques, dipsomanie, vol). Ces cas sont assimilables aux formes analogues de la folie héréditaire. L'écueil, dans l'appréciation de faits de ce genre, consiste dans la *folie alléguée*.

Il importera donc de rechercher si réellement l'inculpée a cédé à une impulsion irrésistible.

La plupart des auteurs admettent que l'accouchement peut occasionner un état de folie transitoire pouvant ne pas dépasser quelques heures de durée.

Un infanticide commis en pareille occurrence sera évidemment excusable; mais la constatation de pareils états d'aliénation dont l'existence est d'ailleurs contestée par certains médecins légistes et manigraphes présente les plus grandes difficultés médico-légales.

Imbécillité, faiblesse d'esprit.— Les idiots et les imbéciles proprement dits ne sauraient être considérés comme responsables des actes délictueux ou criminels qu'ils commettent. Ces actes sont marqués au coin de l'absurdité et de l'inconscience, ou sont manifestement le résultat d'une perversion morale congénitale ou d'unei mpulsion bestiale irrésistible : ce sont des attentats à la pudeur, des viols, des vols, des incendies, quelquefois des homicides.

Mais entre cette dernière catégorie de dégénérés et les individus jouissant d'une entière liberté morale il existe une foule de degrés remplis pas des êtres mal nés, incomplets, naturellement vicieux, portés aux actes instinctifs et dangereux; non seulement ils ont des instincts pervers, mais encore n'offrent qu'une intelligence faible. C'est dans cette catégorie d'individus que se rencontre la population des maisons de correction, des prisons et des maisons centrales. Nous ne pouvons soulever ici la question

des rapports du crime et de la folie, mais nous pouvons affirmer que ces rapports existent, et qu'ils rendent singulièrement difficile et délicate la tâche du médecin légiste. Aussi, quand il s'agira pour lui d'apprécier l'état mental de ces individus, devra-t-il surtout se guider sur le degré de débilité intellectuelle qu'ils présentent et les conditions dans lesquelles a été accompli l'acte incriminé.

§ 6. — Mesures que comporte l'acquittement pour cause d'aliénation mentale

La loi française n'intervient pas en présence d'un individu acquitté pour cause d'aliénation mentale. C'est une lacune fâcheuse et dont les conséquences sont regrettables. L'aliéné reste dans le droit commun et est remis purement et simplement en liberté à moins que le ministère public n'attire sur lui l'attention de l'autorité administrative, qui, en cas de danger bien avéré, le place alors dans un asile d'aliénés. Mais la séquestration ainsi opérée n'est subordonnée à aucune règle.

Lorsque le médecin déclare que la guérison est obtenue, de deux choses l'une : ou l'autorité administrative, conformément à la loi de 1838, ordonnela sortie, ou elle maintient quand même la séquestration, contrairement à la loi, mais conformément à l'intérêt public. D'autre part, en cas de guérison ou de rémission prolongée, les médecins reculent souvent devant la responsabilité de provoquer la mise en liberté d'un individu qui peut commettre un nouveau crime.

Une autre conséquence de ce silence de la loi, en présence d'un individu acquitté pour cause de folie, c'est que si l'individu n'est pas réellement aliéné, — ce n'est pas une hypothèse en l'air, car il existe de nombreux exemples d'acquittement semblables contrairement aux conclusions des experts — il échappe à toute mesure ayant pour but de le mettre dans l'impossibilité de recommencer.

Diverses mesures ont été proposées pour parer tout au moins aux premiers de ces inconvénients.

1° Intervention de la justice dans le placement des aliénés acquittés;

2° Séquestration indéfinie de ces individus ou mise en liberté subordonnée à des règles spéciales;

3° Création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels.

Nous n'entrerons pas dans la discussion de ces diverses mesures, ce qui nous entraînerait trop loin ; nous nous contenterons de les signaler avec l'espoir d'en voir bientôt adopter l'esprit, dans la nouvelle législation qui se prépare.

§ 7. — Appréciation de l'état mental dans les affaires civiles

Au point de vue de l'appréciation de l'état mental, les principes qui doivent guider l'expert sont les mêmes, qu'il s'agisse d'affaires civiles ou criminelles.

C'est surtout à propos de testaments, de donations, de conventions commerciales, quelquefois de projets de mariage que le médecin est appelé à apprécier l'état mental d'un individu.

En matière de *donation ou de testament*, l'article 901 du code civil dit formellement : pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit. Si le donateur est vivant, le rôle de l'expert est simple et se se borne à l'examen de son état mental. S'il est mort, l'expert devra recourir à des éléments d'appréciation indirects, tels que l'enquête et l'examen du document écrit par le testateur.

L'enquête doit porter sur les habitudes du décédé, son genre de vie, son caractère, ses idées, ses penchants, son intelligence; sur les dépositions des témoins, les certificats médicaux et les documents écrits mis à la disposition de l'expert, qui devra se guider au milieu de ces éléments d'information souvent contradictoires ou inspirés par la passion ou l'intérêt.

L'examen du testament permet de constater l'expression de conceptions délirantes, des bizarreries, des troubles de l'écriture. L'écriture n'en est pas conforme à l'écriture normale du sujet, les lignes en sont irrégulières, l'orthographe est défigurée, les mots sont incomplets, des syllabes sont omises, on y trouve des erreurs de date grossières. Ces constatations ont surtout lieu dans les écrits

des déments et des paralytiques. Chez les aliénés, ce sont des particularités différentes. Certains aliénés chroniques introduisent dans leurs écrits des signes bizarres ; ils soulignent un grand nombre de mots, ont une ponctuation spéciale, un vocabulaire à eux, souvent composé de mots étrangers à la langue, qu'il forgent de toutes pièces; ils intercalent dans leur écriture des signes inconnus auxquel ils attachent une valeur spéciale.

On ne peut obtenir dans tous les cas des données suffisantes pour établir un diagnostic absolument précis, mais, ainsi que l'a fait remarquer Parchappe, la loi ne le demande pas ; il lui suffit que l'expert puisse établir que l'auteur de l'acte attaqué était en état d'insanité d'esprit, et par conséquent ne jouissait pas d'une volonté intelligente et libre.

Pour qu'un *mariage* soit déclaré nul, il faut qu'il soit établi que l'un des conjoints n'a pu donner un consentement libre par suite de l'altération de ses facultés. Ce point est souvent difficile à éclaircir, car il s'agit le plus souvent d'individus atteints de troubles intellectuels rémittents, ou qui présentent de véritables intervalles lucides, ou dont l'intelligence n'est qu'affaiblie, comme les imbéciles et certains déments.

§ 8. — Mesures judiciaires applicables aux aliénés

L'article 489 du code civil est ainsi conçu : Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides.

L'*interdiction* peut être provoquée par l'époux ou l'épouse ou par un des parents de l'aliéné, ou à leur défaut par le ministère public. La demande est portée devant le tribunal civil et les faits constitutifs de la folie doivent être articulés par écrit ; le médecin intervient alors pour délivrer un certificat médical qui est destiné à éclairer à la fois le conseil de famille et la justice.

Les trois états que la loi déclare devoir entraîner l'interdiction sont évidemment : 1° la faiblesse originelle ou l'absence de l'intelligence ; 2° les diverses formes de l'aliénation mentale et les faiblesses intellectuelles acquises ;

3° les formes aiguës de la folie s'accompagnant de fureur et de violence. De plus, il faut que ces divers états soient *habituels*. Aussi, le médecin appelé à donner son avis, ne doit pas admettre comme comportant l'interdiction les troubles transitoires des facultés, les délires passagers liés aux affections fébriles, etc. De même il devra tenir le plus grand compte de la forme, de la marche de la folie et surtout de son pronostic. L'interdiction devient inutile quand l'aliéné doit guérir dans un délai peu éloigné ou s'il est voué à une mort certaine et prochaine. Mieux vaut, en effet, éviter une disposition légale dont les conséquences peuvent rejaillir sur les enfants ou dont peut être péniblement affecté le malade quand il reprend, après sa guérison, l'entière possession de lui-même.

Le *conseil judiciaire* s'applique aux individus qui, sans être dans un des trois états visés par l'article 489, ne sont cependant pas assez sains pour jouir de la plénitude de leurs droits civils, bien qu'ils puissent encore se marier et tester. Pour veiller à la gestion et à la conservation de leurs biens, la loi les pourvoit d'un conseil judiciaire sans lequel ils ne peuvent, tout en conservant la libre disposition de leurs revenus, ni plaider, ni témoigner, ni emprunter, ni recevoir un capital mobilier, ni en donner décharge, ni aliéner ni grever leurs biens d'hypothèques.

L'*administration provisoire* s'applique aux personnes internées dans les établissements d'aliénés. Aux termes de l'article 31 de la loi de 1838, les individus placés dans les établissements publics sont de plein droit pourvus d'un administrateur provisoire : ces fonctions sont exercées par les commissions administratives ou de surveillance de ces établissements. Pour les malades placés dans les établissements privés, l'administration provisoire n'est pas de droit ; elle doit être demandée.

Les pouvoirs de l'administrateur provisoire sont restreints et délimités par la loi. Ils cessent de plein droit lors de la sortie du malade de l'asile d'aliénés.

CHAPITRE II

LÉGISLATION

Avant 1838, les aliénés appartenaient au droit commun et des inconvénients de toute sorte en résultaient et pour eux-mêmes et pour la société. Il fallait délivrer cette dernière des dangers qui provenaient de l'abandon de milliers d'aliénés sur la voie publique ; d'un autre côté, il convenait de créer pour cette sorte de malades des établissements spéciaux, où on pût leur offrir des soins et un traitement différents de ceux qu'on leur imposait dans les cachots et les cabanons où les plus dangereux d'entre eux étaient renfermés. Enfin, il fallait créer pour les aliénés des moyens d'assistance qui n'existaient pas.

C'est pourquoi le ministre de l'intérieur fut conduit à présenter au Parlement, le 6 janvier 1837, le projet de loi qui est devenu la loi du 30 juin 1838, encore actuellement en vigueur.

Le Parlement actuel a entrepris la tâche de réformer cette loi et le Sénat a voté récemment un nouveau projet de loi sur les aliénés qui est actuellement (1889), étudié par une commission de la Chambre des députés.

Cette nouvelle loi n'est pas une simple revision de l'ancienne, mais une refonte totale. Les gens compétents le regretteront, car ils sont unanimes à penser que la loi de 1838 légèrement modifiée sur quelques points de détail eut été bien près d'atteindre le degré de perfection auquel peuvent prétendre les œuvres humaines.

Voici en quels termes le président de la commission du Sénat, chargée de l'étude du nouveau projet de loi, s'expliquait sur la loi de 1838.

« Accueillie avec une respectueuse admiration, considérée comme une loi libératrice sauvegardant avec vigilance les droits sacrés de la liberté, les égards que l'on doit aux familles et les garanties non moins précieuses de la société ; comme une loi charitable et humanitaire où l'on

voit pour la première fois d'accord la science et la justice, elle est aujourd'hui l'objet d'attaques passionnées, violentes, forcenées. On la déclare arbitraire, funeste, barbare.

« On affirme que, par elle, la liberté individuelle a été et demeure exposée à d'incessants périls; qu'un grand nombre de ses victimes gémissent au fond des asiles; qu'elle a toujours été et qu'elle demeure un instrument de servilité pour les médecins, de vengeance pour les gouvernements, de cupidité pour les familles. Enfin, un journal français des plus sérieux résumait naguère ces griefs en s'écriant : « Qui pourra jamais dire les vengeances privées qui ont pu se commettre à la faveur, on peut dire hardiment avec la complicité de la loi de 1838? »

« Ces graves accusations ont eu un immense retentissement.

« Pour les justifier, on a multiplié les faits de séquestration arbitraire. La plupart sont imaginaires. La presse les a colportés et accrédités dans le monde ; on les a présentés au théâtre et dans les romans d'une façon dramatique, retentissante. Ils ont profondément ému l'opinion, troublé la conscience publique et créé un courant qui, en pénétrant dans les Parlements, a hâté le dépôt du projet de loi dont nous sommes saisis.

« Pour les uns, conserver la loi de 1838 est un devoir rigoureux; ils sont convaincus qu'on ne saurait en faire une meilleure et que pour la rendre parfaite, il suffirait d'en assurer et régulariser le fonctionnement. Les autres voudraient qu'il n'en restât pas vestige. Entre ces vues si différentes, la commission avait à faire un choix. Elle l'a fait avec maturité, sans précipitation ; elle a examiné avec une souveraine indépendance les griefs anciens, nouveaux, contemporains; pris l'avis des hommes les plus compétents, les plus consciencieux, les plus honnêtes; des hommes qu'aucune passion ne trouble, qu'aucun intérêt n'aveugle; des magistrats, des jurisconsultes, des publicistes, comme des médecins, des aliénistes; consulté les corps savants et surtout le plus illustre et le plus autorisé dans l'espèce, l'Académie nationale de France. Et aujourd'hui, résumant l'ensemble de ces appréciations, je déclare, au nom de la commission unanime, que la loi de

1838 fut excellente en son temps, que son apparition combla une grave lacune dans nos lois de bienfaisance et réalisa un immense progrès.

« Inspirée par le sentiment le plus profond des besoins de l'humanité, elle porte l'empreinte des éminents esprits qui l'ont libellée, et l'on peut dire avec hardiesse que les services qu'elle a rendus aux aliénés, à leurs familles, à la société, sont aussi nombreux qu'incontestables. Aurait-elle reçu les témoignages d'admiration et de respect qu'on lui a prodigués, les nations étrangères l'auraient-elles prise pour modèle si elle eût présenté les dangers qu'on lui attribue ?

« Enfin, Messieurs, je crois pouvoir dire sans témérité que parmi nos lois d'exception, il n'en est aucune qui honore nos codes à un plus haut degré. Espérons qu'en tombant de cette tribune, empreintes de la gravité et de l'autorité des déclarations sérieusement motivées de la haute assemblée, ces paroles calmeront les esprits, apaiseront l'opinion si facile à émouvoir en ces matières, mettront définitivement un terme à de déplorables controverses, et que, s'il en est besoin, la loi de 1838 sortira de nos débats absolument réhabilitée. »

La loi de 1838 étant toujours en vigueur, il importe à tout médecin de la connaitre. C'est pourquoi nous allons en examiner les dispositions principales.

§ 1er. — Loi du 30 juin 1838

Des établissements d'aliénés. — Le premier soin de la loi est de s'occuper des établissements où seront soignés et recueillis les aliénés. Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, ou de traiter avec un établissement public ou privé pour l'entretien de ses malades.

Tous les établissements, quels qu'ils soient, sont soumis au contrôle de l'autorité publique, et nul ne peut en fonder un sans l'autorisation du gouvernement.

Enfin, une surveillance spéciale doit être exercée sur tous les asiles d'aliénés par un certain nombre de personnes nominativement désignées par l'article 4, ainsi conçu :

« Le préfet et les personnes spécialement déléguées à

cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

« Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous les renseignements propres à faire connaître leur position.

« Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement.

« Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre. »

L'institution de ce contrôle donne toutes garanties au point de vue des séquestrations arbitraires et des atteintes possibles à la liberté individuelle.

Des placements faits dans des établissements d'aliénés. — Le titre II de la loi est consacré aux règles qui doivent présider aux placements dans les asiles. Les placements sont de deux ordres : les placements volontaires et les placements d'office.

1° *Placements volontaires.* — Ces placements sont ceux qui sont faits à la requête des particuliers. Les formalités exigées sont peu compliquées et donnent toutes facilités aux familles de faire soigner leurs malades dans un établissement spécial. C'est fort sagement que la loi a agi ainsi : d'une part, elle a enlevé leur meilleure raison d'être aux séquestrations à domicile, si suspectes à tous les points de vue ; de l'autre, elle facilite le traitement et la guérison d'une maladie dont le propre est de devenir promptement incurable dans le milieu où elle a pris naissance.

Ces formalités sont énumérées à l'article 8, qui dit que tout chef d'établissement d'aliénés ne pourra recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne lui est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, professions, âge et domicile, tant de la personne qui la formera, que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande sera écrite et signée par celui qui la for-

mera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction.

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin.

Il arrive que certaines personnes sujettes au retour périodique d'accès d'aliénation mentale viennent elles-mêmes réclamer leur admission dans un établissement d'aliénés; mais la loi n'ayant pas prévu le cas, leur demande ne peut être accueillie. C'est une lacune qu'il est permis de regretter.

Après les formalités qui président à l'entrée du malade, la loi en prescrit de nouvelles destinées à prévenir les séquestrations abusives.

L'article 8 dit encore : « Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes chef-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet. »

Pour les établissements privés, la loi établit un contrôle spécial sur les entrées. Tel est le but de l'article 9 qui dit

que si ce placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Si l'autorité judiciaire n'intervient pas dans les placements d'aliénés, comme le voudraient certaines personnes et comme le prévoit le projet de loi destiné à remplacer celle que nous analysons, elle est au moins, avertie, et dans les trois jours (art. 10), le préfet notifie administrativement les noms, profession et domicile tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement :

1° Au procureur de l'arrondissement de la personne placée ; 2° au procureur de l'arrondissement de la situation de l'établissement.

Les obligations du médecin vis-à-vis du malade confié à ses soins sont ensuite stipulées dans les art. 11 et 12.

« Art. 11. Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement d'aliénés public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence. »

« Art. 12. Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre : 1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission ; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

« Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état

mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

« Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu. »

La sortie des personnes placées volontairement dans un établissement d'aliénés a lieu aussitôt que le médecin de l'établissement aura déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis et au procureur de l'arrondissement.

Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue (art. 14), dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi; 2° l'époux ou l'épouse; 3° s'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants; 4° s'il n'y a pas d'ascendants, les descendants; 5° la personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ; 6° toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit, qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet.

Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires.

L'interdit et le mineur ne peuvent être remis qu'entre les mains de leur tuteur qui seul pourra requérir la sortie.

Enfin, la liberté des individus placés est garantie par une dernière mesure édictée par l'article 16, en vertu duquel le préfet *pourra toujours* ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans un asile d'aliénés.

2° *Placements d'office.*— Les placements d'office sont ceux qui sont ordonnés par l'autorité par mesure de sécurité publique. Ils sont opérés, à Paris, par le préfet de police ; dans les départements par les préfets. Leurs ordres doivent être motivés et doivent énoncer les circonstances qui les ont rendus nécessaires. Ces ordres sont inscrits sur le registre de la loi, prescrit par l'article 12.

En cas de danger imminent attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres communes, peuvent ordonner la séquestration d'urgence des aliénés dangereux, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet.

Les obligations du médecin sont les mêmes que lorsqu'il s'agit de placements volontaires : il doit délivrer un premier certificat dans les vingt-quatre heures de l'admission ; un autre, à l'expiration de la quinzaine. Il doit rédiger des notes mensuelles sur l'état de chaque malade, et, enfin, fournir un rapport semestriel sur l'état de chaque personne retenue dans l'établissement et sur les résultats du traitement qu'elle a suivi.

On reconnaît généralement que la formalité des notes mensuelles et des rapports semestriels n'a pas l'importance pratique que la loi a cru lui donner et qu'en surchargeant les médecins d'une besogne bureaucratique de pure forme, elle leur prend un temps qui serait plus efficacement employé à perfectionner leur art et à soigner leurs malades.

La sortie des personnes admises d'office dans un établissement d'aliénés est réglée par les articles 23 et 30 :

« Art. 23. Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou prépo-

sés responsables des établissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis, conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai. »

« Art. 30. Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14. »

Ainsi la sortie d'un aliéné placé d'office n'a pas lieu de plein droit dès que le médecin a déclaré que la guérison est obtenue, comme dans le cas de placement volontaire. L'autorité préfectorale peut toujours suspendre la sortie d'un aliéné dangereux que les médecins déclarent guéri ; et de fait, elle use quelquefois de son droit, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'individus qui ont commis des actes criminels ou qui inspirent une vive terreur aux populations.

L'intervention judiciaire vient heureusement corriger ce que cette prérogative pourrait avoir d'arbitraire.

Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, dit l'article 29, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en la chambre du Conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit

à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées à l'article 41 (1).

Dans le cas où l'exigerait la sécurité publique, un placement volontaire peut être transformé par l'autorité en un placement d'office, qui enlève à la famille la faculté de faire sortir le malade à son gré. Cette modification s'opère par la combinaison des articles 14 et 21, de la loi. Nous avons déjà noté l'article 14; voici l'article 21 :

« A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement. Les chefs, directeurs ou préposés responsables seront tenus de se conformer à cet ordre. »

Mais la loi, ainsi que le fait observer une remarquable circulaire du ministre de l'intérieur (14 août 1840), n'a pas eu seulement pour objet d'assurer la séquestration des aliénés dangereux, elle s'est encore proposé d'assurer, autant que possible, un asile et des soins à tous les aliénés dont la position malheureuse appelle les secours publics. Tel est l'objet du 2e paragraphe de l'article 25. Dans ce cas, bien que le placement ait lieu par la voie administrative, il ne saurait s'agir d'un placement d'office, tel que nous l'avons défini précédemment.

« Vous remarquerez, monsieur le préfet, dit la circulaire en question, que les placements d'aliénés dont l'état mental ne compromet point l'ordre public ou la sûreté des personnes, ne sont jamais que des placements volontaires. L'autorisation qui intervient de votre part, pour l'admission de ces infortunés, n'est relative qu'au paiement de leur dépense, elle ne saurait faire assimiler ces placements à des placements d'office : ils restent donc exclusivement soumis aux seules dispositions relatives aux placements volontaires. Par suite, les aliénés dont il s'agit cesseront d'être retenus dans les asiles aussitôt que les

(1) Voyez plus loin, p. 597.

médecins auront déclaré leur guérison obtenue, sans que vous ayez à statuer à cet égard ; il devra seulement vous en être immédiatement donné avis. »

En pratique, pour des raisons purement administratives, l'esprit de l'article 25, et de la circulaire que nous venons de citer, est presque partout méconnu. On n'admet dans tous les asiles départementaux, que des *aliénés dits dangereux ;* cette catégorie comprenant tous les aliénés dont, pour une cause ou pour une autre, la séquestration est nécessaire.

Dépense du service des aliénés. — La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées d'office dans les asiles d'aliénés est à leur charge ; à défaut à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments aux termes des articles 205 et suivants du code civil. Le recouvrement des sommes dues est poursuivi et opéré par l'administration de l'enregistrement et des domaines.

A défaut ou en cas d'insuffisance de ressources de la part de l'aliéné ou de sa famille, ses frais d'entretien à l'asile sont supportés par le département et la commune suivant une proportion fixée annuellement par le conseil général. (Art. 27 et 28.)

Capacité des personnes placées dans un établissement d'aliénés. Administration provisoire des biens des aliénés non interdits. — La loi de 1838 a établi une sorte d'incapacité à l'égard des personnes séquestrées pour cause d'aliénation mentale et non interdites.

Aux termes de l'article 39, les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code Civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés. Et, à l'égard de ses héritiers, à dater de

la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur. Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

D'autre part, la loi institue une personne destinée à le suppléer dans l'administration de ses biens pendant sa séquestration : c'est l'objet de l'article 31 ainsi conçu :

« Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'*administrateurs provisoires*. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir : l'administrateur ainsi désigné, procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes ; passera des baux qui ne pouront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

« Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements, seront versées directement dans la caisse de l'établissement, et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

« Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par privilège aux créances de toute autre nature. »

Ainsi qu'on le voit, les pouvoirs de l'administrateur provisoire sont des plus limités et la protection des biens des aliénés non interdits n'est pas suffisamment assurée par son intervention. C'est ce qui a été reconnu dans le projet portant revision de la loi de 1838, qui élargit considérablement le rôle de l'administrateur provisoire et s'efforce de donner à son intervention toute l'efficacité dont elle est susceptible.

L'administration provisoire des biens des aliénés non interdits, telle qu'elle est instituée par l'article 31, n'est pas obligatoire.

En effet (art. 32), sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation d'office du procureur, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497

du code civil, nommer, en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

C'est à l'administrateur ainsi nommé par jugement que les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés doivent être faites à peine de nullité, suivant les circonstances.

Enfin, à défaut d'administrateur provisoire (art. 36), le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquelles elles seraient intéressées.

En cas de procès en cours, à intenter ou à soutenir de la part de l'aliéné séquestré, le tribunal (art. 33), sur la demande de l'administrateur provisoire ou à diligence du procureur, désignera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement ou contre lequel une action serait intentée postérieurement. Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. L'administrateur provisoire pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Le législateur a pensé qu'il n'était pas convenable de confier à un même individu l'administration des biens et le soin de veiller sur la personne du malade. Il pourrait se trouver aux prises, dans son double rôle, avec des intérêts contraires. On comprend, par exemple, que l'héritier présomptif puisse constituer un excellent administrateur, alors qu'il n'est nullement qualifié pour faire un curateur à la personne absolument désintéressé. L'article 38 a paré à cet inconvénient : sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur, le tribunal pourra nommer, en chambre de conseil, par juge-

ment non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller : 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2° à ce que le dit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra. Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Pénalités. — Enfin, les directeurs, chefs et médecins d'établissement d'aliénés, en cas de contravention aux obligations qui leur sont imposées par la loi (articles 5, 8, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 29) et aux règlements rendus en vertu de l'article 6 (voir l'ordonnance royale dont il va être question plus loin) peuvent être punis, d'après l'article 41 et dernier, d'un emprisonnement de cinq jours à un an et d'une amende de 50 francs à 3,000 francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines. L'article ajoute qu'il pourra être fait application de l'article 463 du code pénal.

§ 2. — ORDONNANCE DU 18 DÉCEMBRE 1839 RELATIVE AUX ALIÉNÉS

La loi de 1838 avait laissé au gouvernement le soin de régler certains détails relatifs aux établissements d'aliénés, à leur administration intérieure et à leur personnel. De là l'ordonnance du 18 décembre 1839, dont nous allons donner une rapide analyse.

Etablissements publics consacrés aux aliénés. — 1° *Directeurs.* — Les établissements publics consacrés au service des aliénés sont administrés, sous l'autorité du ministre de l'intérieur et des préfets des départements, et sous la surveillance de commissions gratuites, par un directeur responsable nommé par le ministre.

Il est tenu de résider dans l'établissement. Il est exclusivement chargé de pourvoir à tout ce qui concerne le bon ordre et la police de l'établissement, dans les limites du règlement du service intérieur arrêté, en exécution de l'article 7 de la loi du 30 juin 1838, par le ministre de l'intérieur. Il est chargé de l'administration intérieure de

l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus. Il pourvoit, sous les conditions prescrites par la loi, à l'admission et à la sortie des personnes placées dans l'établissement. Il nomme les préposés de tous les services ; il les révoque, s'il y a lieu. Toutefois, les surveillants, les infirmiers et les gardiens doivent être agréés par le médecin en chef; celui-ci peut demander leur révocation au directeur. En cas de dissentiment, le préfet est appelé à prononcer.

Médecins. — En vertu de l'article 13, les fonctions de directeur et de médecin peuvent être réunies dans la personne d'un seul fonctionnaire, qui prend alors le titre de directeur-médecin.

La plupart des asiles départementaux sont administrés par des directeurs-médecins. C'est presque uniquement dans les grands asiles réunissant les malades de plusieurs départements ou desservant les grandes agglomérations de population, que les fonctions sont divisées.

Les médecins en chef et les médecins adjoints sont nommés, d'après l'article 3, par le ministre de l'intérieur, directement pour la première fois, et pour les vacances suivantes sur une liste de trois candidats présentés par les préfets (1).

Peuvent aussi être appelés aux places vacantes, concurremment avec les candidats présentés par les préfets, les directeurs et les médecins en chef ou adjoints qui auront exercé leurs fonctions pendant trois ans dans d'autres établissements d'aliénés.

Le service médical, en tout ce qui concerne le régime physique et moral ainsi que la police médicale et personnelle des aliénés, est placé sous l'autorité du médecin, dans les limites du règlement de service intérieur. Il a

(1) Cette situation a été modifiée une première fois par un décret de 1852 et vient de l'être à nouveau par un arrêté du ministre de l'intérieur en date du 18 juillet 1888, qui institue un *concours* pour le recrutement des médecins-adjoints. Ce concours est régional, il y a autant de régions que de facultés de médecine de l'Etat. Les élus du concours sont nommés dans un asile de la région où ils ont concouru. A titre exceptionnel, toutefois, l'administration supérieure conserve la faculté de les nommer dans une autre région. Les médecins-adjoints ainsi nommés peuvent être désignés pour remplir les fonctions de médecins en chef ou de directeurs-médecins dans toute la France.

sous son autorité, au point de vue du service médical, les médecins-adjoints, les élèves internes, les surveillants, les infirmiers et les gardiens.

Le médecin en chef remplit les obligations imposées aux médecins par la loi du 30 juin 1838, et délivre tous certificats relatifs à ses fonctions. Ces certificats ne peuvent être délivrés par le médecin-adjoint qu'en cas d'empêchement constaté du médecin en chef.

En cas d'empêchement constaté du médecin en chef et du médecin-adjoint, le préfet est autorisé à pourvoir provisoirement à leur remplacement.

Comme le directeur, le médecin en chef est tenu de résider dans l'établissement. Il peut cependant être dispensé de cette obligation par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, pourvu qu'il fasse chaque jour au moins une visite générale des aliénés confiés à ses soins, et qu'en cas d'empêchement il puisse être suppléé par un médecin résidant.

Les élèves internes attachés aux établissements d'aliénés sont nommés pour un temps limité (trois ans), selon le mode déterminé par le règlement sur le service intérieur de chaque établissement.

Les directeurs, les médecins en chef et les médecins-adjoints ne peuvent être révoqués que par le ministre de l'intérieur sur le rapport des préfets.

Commissions de surveillance. — L'article premier institue auprès des directeurs des commissions chargées de surveiller leur administration. Les Commissions de surveillance sont composées de cinq membres nommés par les préfets et renouvelés chaque année par cinquième. Les membres de ces commissions ne peuvent être révoqués que par le ministre de l'intérieur, sur le rapport du préfet. Chaque année, après le renouvellement, les commissions nomment leur président et leur secrétaire.

Elles sont chargées de la surveillance générale de toutes les parties du service des établissements, sont appelées à donner leur avis sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes, sur les actes relatifs à l'administration, tels que le mode de gestion des biens, les projets de travaux, les procès à intenter ou à soutenir, les transactions,

les emplois de capitaux, les acquisitions, les emprunts, les ventes ou échange d'immeubles, les acceptations de legs, de donations, les pensions à accorder, s'il y a lieu, les traités à conclure pour le service des malades. Elles se réunissent tous les mois. Elles sont en outre convoquées par les préfets ou les sous-préfets toutes les fois que les besoins du service l'exigent. Le directeur de l'établissement, et le médecin chargé en chef du service médical assistent aux séances de la commission; leur voix est seulement consultative. Néanmoins, le directeur et le médecin en chef doivent se retirer de la séance au moment où la commission délibère sur les comptes d'administration et sur les rapports qu'elle pourrait avoir à adresser directement au préfet.

Les commissions administratives des hospices civils où se trouvent des quartiers affectés aux aliénés sont tenues de faire agréer par le préfet un *préposé responsable* qui est soumis à toutes les obligations imposées par la loi du 30 juin 1838. Dans ce cas, il n'y a pas de commission de surveillance, la commission administrative en remplissant les fonctions.

Le règlement intérieur des quartiers consacrés au service des aliénés est soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur, conformément à l'article 7 de la loi.

Il ne peut être créé, dans les hospices civils, des quartiers affectés aux aliénés, qu'autant qu'il est justifié que l'organisation de ces quartiers permet de recevoir et de traiter cinquante aliénés au moins.

Des établissements privés consacrés aux aliénés. — Pour former ou diriger un établissement privé destiné au traitement des aliénés, l'ordonnance de 1839 prescrit (art. 17 et suivants) les formalités suivantes :

Le requérant devra adresser la demande au préfet du département où l'établissement devra être situé. Il justifiera : 1° qu'il est majeur et exerçant ses droits civils ; 2° qu'il est de bonne vie et mœurs; il produira à cet effet, un certificat délivré par le maire de la commune ou de chacune des communes où il aura résidé depuis trois ans ; 3° qu'il est docteur en médecine. S'il n'est pas docteur en médecine, il produira l'engagement d'un médecin

qui se chargera du service médical de la maison, et déclarera se soumettre aux obligations spécialement imposées, sous ce rapport, par les lois et règlements. Ce médecin devra être agréé par le préfet qui pourra toujours le révoquer. Toutefois, cette révocation ne sera définitive qu'autant qu'elle aura été approuvée par le ministre de l'intérieur.

Le requérant indiquera, dans sa demande, le nombre et le sexe des pensionnaires que l'établissement pourra contenir ; il en sera fait mention dans l'autorisation. Il déclarera si l'établissement doit être uniquement affecté aux aliénés, ou s'il recevra d'autres malades. Dans ce dernier cas, il justifiera, par la production du plan de l'établissement, que le local consacré aux aliénés est entièrement séparé de celui qui est affecté au traitement des autres malades. Il devra justifier encore : 1° que l'établissement n'offre aucune cause d'insalubrité, tant au dedans qu'au dehors, et qu'il est situé de manière que les aliénés ne soient pas incommodés par un voisinage bruyant ou capable de les agiter ; 2° qu'il peut être alimenté en tout temps d'eau de bonne qualité, et en quantité suffisante ; 3° que, par la disposition des localités, il permet de séparer complètement les sexes, l'enfance et l'âge mûr ; d'établir un classement régulier entre les convalescents, les malades paisibles et ceux qui sont agités ; de séparer également les aliénés épileptiques ; 4° que l'établissement contient des locaux particuliers pour les aliénés atteints de maladies accidentelles, et pour ceux qui ont des habitudes de malpropreté ; 5° que toutes les précautions ont été prises soit dans les constructions, soit dans la fixation du nombre de gardiens, pour assurer le service et la surveillance de l'établissement.

Enfin, il devra, avant d'entrer en fonctions, fournir un cautionnement dont le montant sera déterminé par l'ordonnance d'autorisation.

Le cautionnement sera affecté aux besoins des pensionnaires dans tous les cas où, par une cause quelconque, le service de l'établissement se trouverait suspendu. Le préfet pourra constituer, à cet effet, un régisseur provisoire entre les mains duquel la caisse des dépôts et consignations, sur les mandats du préfet, versera ce cautionnement, en

tout ou en partie, pour l'appliquer au service des aliénés.

Le directeur de tout établissement privé consacré aux aliénés doit résider dans l'établissement. Le médecin attaché à l'établissement, dans le cas prévu par l'article 19, est soumis à la même obligation.

Tout directeur d'un établissement privé consacré aux aliénés pourra, à l'avance, faire agréer par l'administration une personne qui se chargera de le remplacer dans le cas où il viendrait à cesser ses fonctions, par suite de suspension, d'interdiction judiciaire, d'absence, de faillite, de décès, ou pour toute autre cause. La personne ainsi agréée sera, de droit, dans ces divers cas, investie de la gestion provisoire de l'établissement et soumise, à ce titre, à toutes les obligations du directeur lui-même. Cette gestion provisoire ne pourra jamais se prolonger au delà d'un mois sans une autorisation spéciale du préfet.

Le retrait de l'autorisation pourra être prononcé, suivant la gravité des circonstances, dans tous les cas d'infraction aux lois et règlements sur la matière, et notamment dans les cas ci-après :

1° Si le directeur est privé de ses droits civils; 2° s'il reçoit un nombre de pensionnaires supérieur à celui fixé par l'ordonnance d'autorisation ; 3° s'il reçoit des aliénés d'un autre sexe que celui indiqué par cette ordonnance; 4° s'il reçoit des personnes atteintes de maladies autres que celles qu'il a déclaré vouloir traiter dans l'établissement; 5° si les dispositions des lieux sont changées ou modifiées de manière à ce qu'ils cessent d'être propres à leur destination, ou si les précautions prescrites pour la sûreté des personnes ne sont pas constamment observées; 6° s'il est commis quelque infraction aux dispositions du règlement de service intérieur en ce qui concerne les mœurs ; 7° s'il a été employé à l'égard des aliénés des traitements contraires à l'humanité ; 8° si le médecin agréé par l'administration est remplacé par un autre médecin sans qu'elle en ait approuvé le choix; 9° si le directeur contrevient aux dispositions de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838 ; 10° s'il est frappé d'une condamnation prononcée en exécution de l'article 41 de la même loi.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

Préface. v

PRÉLIMINAIRES

CHAPITRE 1er. — Historique. 1
Article 1er. — *Antiquité*. 2
Article II. — *Renaissance et temps modernes*. . . . 7
Article III. — *Époque contemporaine* 15

CHAPITRE II. — Considérations générales sur les maladies mentales. 23

CHAPITRE III. — Classification. 35

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

CHAPITRE Ier. — Symptomatologie générale 42
Article 1er. — *Troubles intellectuels*. 42
§ 1er. — Lésions générales de l'intelligence. . . . 42
§ 2. — Conceptions délirantes. 45
§ 3. — Impulsions. 49
§ 4. — Hallucinations. 52
§ 5. — Illusions. 64
Article II. — *Symptômes physiques*. 67
§ 1er — Habitus extérieur 67
§ 2. — Troubles de la sensibilité 69
§ 3. — Fonctions organiques 73

CHAPITRE II. — Marche et terminaisons de la folie. . 81
Article Ier. — *Marche de la folie* 81
§ 1er. — Prodromes. 81
§ 2. — Marche et durée. 83
Article II. — *Terminaisons*. 87
Article III. — *Complications*. 91

CHAPITRE III. — Pronostic. Diagnostic. Anatomie pathologique. 96
Article Ier. — *Pronostic* 96
Article II. — *Diagnostic*. 101
Article III. — *Anatomie pathologique* 104

CHAPITRE IV. — Etiologie générale 111
Article Ier. — *Causes prédisposantes* 112
1° Causes prédisposantes d'ordre général 112
2° Causes prédisposantes d'ordre spécial. 126
Article II. — *Causes déterminantes* 136
1° Causes morales 136
2° Causes physiques 143
§ 1er. — Causes locales 143
§ 2. — Causes générales 147
§ 3. — Causes physiologiques 154
§ 4. — Causes spécifiques 157

CHAPITRE V. — Traitement 159
§ 1er. — Prophylaxie 159
§ 2. — Traitement moral 162
§ 3. — Traitement hydrothérapique 170
§ 4. — Médications pharmaceutiques 171
§ 5. — Alimentation forcée 176
§ 6. — Agents mécaniques 185

DEUXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE SPÉCIALE

I. — Aliénations simples

CHAPITRE Ier. — Manie 192
§ 1er. — Définition 192
§ 2. — Causes 192
§ 3. — Symptômes 193
§ 4. — Formes de la manie 198
§ 5. — Marche. Durée. Terminaisons 205
§ 6. — Anatomie pathologique 207
§ 7. — Pronostic 208
§ 8. — Diagnostic 209
§ 9. — Traitement 211

CHAPITRE II. — Mélancolie 215
§ 1er. — Définition 215
§ 2. — Causes 215
§ 3. — Symptômes 216
§ 4. — Formes de la mélancolie 224
§ 5. — Marche. Durée. Terminaisons 230
§ 6. — Anatomie pathologique 232
§ 7. — Pronostic 232
§ 8. — Diagnostic 233
§ 9. — Traitement 233

CHAPITRE III. — Folie périodique. 238
§ 1er. — Généralités 238
§ 2. — Causes. 240
§ 3. — Descriptions 241
§ 4. — Formes. 244
§ 5. — Marche. Durée. Terminaisons. 248
§ 6. — Pronostic 249
§ 7. — Diagnostic 250
§ 8. — Traitement.. 250

CHAPITRE IV. — Délire systématisé progressif. 252
§ 1er. — Définition. 252
§ 2. — Etiologie 253
§ 3. — Symptômes. 255
1° Première période. 256
2° Deuxième période 257
3° Troisième période. 264
4° Quatrième période 267
§ 4. — Marche. Durée. Terminaisons 267
§ 5. — Diagnostic 270
§ 6. — Pronostic. 273
§ 7. — Traitement. 273

CHAPITRE V. — Folie héréditaire. 275
§ 1er. — Considérations générales. 275
§ 2. — Considérations étiologiques. 278
§ 3. — Symptomatologie générale 281
1° Etat mental des héréditaires. . . . 281
2° Stigmates physiques 286
§ 4. — Formes de la folie héréditaire 288
1° Obsessions mentales. Impulsions irrésistibles. 289
2° Délire systématisé des héréditaires. 307
Monomanies diverses des auteurs. . 307
3° Manie raisonnante. Folie morale . . 312
Folie lucide (Trélat). Folie des actes (divers). Moral Insanity (Anglais et Allemands) 312
4° Délires polymorphes 316
5° Diagnostic. 319
§ 6. — Pronostic. 322
§ 7. — Traitement 323

CHAPITRE VI. — Idiotie. 324
§ 1er. — Définition. 324
§ 2. — Description. 325
1° Imbéciles 325
2° Idiots. 329

§ 3. — Etiologie. 332
§ 4. — Anatomie pathologique. 334
§ 5. — Diagnostic et pronostic. 339
§ 6. — Traitement. 339

II. — Aliénations liées aux affections cérébrales organiques

CHAPITRE Ier. — Paralysie générale. 342
§ 1er. — Généralités. 342
§ 2. — Etiologie. 345
1° Causes prédisposantes. 345
2° Causes occasionnelles. 347
§ 3. — Symptômes. 350
1° Période prodomique. 350
2° Première période. 353
3° Deuxième période. 364
4° Troisième période. 367
§ 4. — Complications. 370
§ 5. — Formes. 374
§ 6. — Marche. Durée. Terminaisons. 377
§ 7. — Anatomie pathologique. 382
§ 8. — Diagnostic et pronostic. 388
§ 9. — Traitement 393

CHAPITRE II. — Démence sénile. 398
§ 1er. — Définition. 398
§ 2. — Etiologie. 399
§ 3. — Symptômes. 400
1° Première période 400
2° Deuxième période. 404
3° Troisième période. 409
§ 4. — Marche. Durée. Terminaisons. 409
§ 5. — Anatomie pathologique. 410
§ 6. — Diagnostic et Pronostic. 412
§ 7. — Traitement. 415

CHAPITRE III. — Démences organiques. 416

III. — Aliénations liées à divers états morbides généraux.

CHAPITRE Ier. — Epilepsie. 418
§ 1er. — Définition. 418
§ 2. — Etiologie. 418
§ 3. — Symptômes. 423
§ 4. — Anatomie et physiologie pathologiques. . 440
§ 5. — Diagnostic 443
§ 6. — Pronostic. 446
§ 7. — Traitement 447

CHAPITRE II. — Hystérie. 452
§ 1er. — Définition. 452
§ 2. — Etiologie 442
§ 3. — Symptômes. 456
1° État mental des hystériques. . . . 464
2° Délire de l'attaque hystérique. . . 469
3° Folie hystérique 476
§ 4. — Diagnostic et pronostic. 482
§ 5. — Traitement 484

CHAPITRE III. — Chorée. 488
§ 1er. — Généralités 488
§ 2. — Troubles intellectuels dans la chorée . . 489
§ 3. — Traitement. 495

CHAPITRE IV. — Alcoolisme. 496
§ 1er. — Définition. 496
§ 2. — Etiologie. 496
§ 3. — Symptômes. 499
§ 4. — Traitement. 515

CHAPITRE V. — Saturnisme. 520
§ 1er. — Folie saturnine 520
§ 2. — Pseudo-paralysie générale saturnine. . . 521

CHAPITRE VI. — Morphinisme. 524
§ 1er. — Définition. 524
§ 2. — Etiologie. 524
§ 3. — Symptômes. 526
§ 4. — Pronostic. 530
§ 5. — Diagnostic 530
§ 6. — Traitement. 531

CHAPITRE VII. — Pellagre. 533
§ 1er. — Généralités. 533
§ 2. — Symptômes. 534
§ 3. — Marche. Durée. Terminaison. 538
§ 4. — Anatomie pathologique. 538
§ 5. — Etiologie. 539
§ 6. — Diagnostic 541
§ 7. — Traitement. 542

CHAPITRE VIII. — Crétinisme. 544
§ 1er. — Généralités. 544
§ 2. — Descriptions. 546
§ 3. — Etiologie 549
§ 4. — Traitement. 554

TROISIÈME PARTIE

MÉDECINE LÉGALE ET LÉGISLATION

CHAPITRE Ier. — MÉDECINE LÉGALE 557
§ 1er. — Responsabilité des aliénés 557
§ 2. — Expertise. 561
§ 3. — Erreurs à éviter. 564
§ 4. — Questions médico-légales relatives à la folie confirmée.. 568
§ 5. — Questions médico-légales relatives aux états mixtes.. 574
§ 6. — Mesures que comporte l'acquittement pour cause d'aliénation mentale. . . . 580
§ 7. — Appréciation de l'état mental dans les affaires civiles.. 581
§ 8. — Mesures judiciaires applicables aux aliénés.. 582

CHAPITRE II. — LÉGISLATION. 584
§ 1er. — Loi du 30 juin 1838. 586
§ 2. — Ordonnance du 18 décembre 1839 relative aux aliénés. 597

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE ALPHABÉTIQUE

Aberrations sexuelles, 305.
Aboulie, 318.
Absence ; dans le petit mal épileptique, 428.
Absinthe ; son rôle dans l'alcoolisme, 499.
Abstinence morphinique, 529.
Accès ; dans la folie intermittente, 238, 243, 247.
Accouchement ; cause de folie, 155.
Acquittement pour cause d'aliénation mentale, 580.
Adhérences corticales, 382.
Administration provisoire des biens des aliénés non interdits, 583, 594.
Age ; son influence sur le pronostic, 97 ; — au point de vue étiologique, 118 ; — disproportion d'âge entre les parents ; cause d'idiotie, 333.
Agents mécaniques de contrainte, 185.
Agoraphobie, 290.
Albuminurie, dans la paralysie générale, 352.
Alcoolisme, 497, 519, 573, 578 : — aigu, 507 ; — chronique, 509 ; — dans l'épilepsie, 438 ; — des parents, cause d'idiotie, 332.
Aliéné ; définition, 23.
Alimentation forcée, 176.
Amaurose dans la paralysie générale, 363.
Ambitieuse (manie), 200.
Ambitieux (délire), 353, 505, 512.
Amnésie dans la démence sénile, 404.
Anatomie pathologique de la folie en général, 104 ; — de la manie, 207 ; — de la mélancolie, 233 ; — du délire aigu, 203 ; — de la paralysie générale, 382.
Anémie cérébrale, 33.
Anesthésie, 69 ; — dans la mélancolie, 226 ; — dans l'hystérie, 463.
Angoise épigastrique, 225.
Anomalies somatiques des héréditaires, 287.
Anormaux, 280.
Anthropophagie, 73.
Anxieuse (mélancolie), 225.
Aorte (atherome de l') dans la paralysie générale, 364.
Aphasie, 417.
Arachnitis, 343.
Arétée, 3-4.
Argent. Voy. *Nitrate d'argent.*
Arithmomanie, 298.
Arrêt du développement du cerveau, 336.
Arsenic ; dans la paralysie générale, 395 ; dans la chorée, 496.
Artères cérébrales (atherome des) dans la démence sénile, 411.
Artérielle (tension), 222, 235.
Asphyxie par le bol alimentaire, 366.
Associations contre l'abus des boissons alcooliques, 519.
Asymétrie épileptogène, 421.
Athérome ; de l'aorte dans la paralysie générale, 364 ; — des artères cérébrales dans la démence sénile, 411 ; — dans l'alcoolisme, 513.
Atrophie cérébrale dans la mélancolie, 232 ; — dans la démence, 107 ; dans la démence sénile, 410.
Attaques dans la paralysie géné-

rale, 370; — dans la démence sénile, 408; — dans l'épilepsie, 423; — dans l'hystérie, 457 et 461.
Attitude des aliénés, 67; — des circulaires, 243; — passionnelles, 460; — illogiques, 470.
Auditives (hallucinations), 263.
Aura dans l'épilepsie, 424; — dans l'hystérie, 457.
Avicenne, 7

Baillou, 10,
Bains, 170; — dans la manie, 212.
Bayle, 20.
Belladone dans la folie, 174; — dans l'épilepsie, 449.
Bestialité chez les héréditaires, 307.
Biens des aliénés non interdits (administration provisoire), 583, 594.
Blasphématoire (manie), 299.
Boerhaave, 13.
Bol alimentaire (asphyxie par le), 366.
Bonet, 12.
Bouche d'argent de Billod, 182.
Bouffées délirantes chez les héréditaires, 319.
Bromures, 174; — dans la paralysie générale, 396; — dans l'épilepsie, 448; dans la chorée, 496.

Cachexie, son rôle étiologique, 147; — des paralytiques, 368.
Cachexie pachydermique, 338, 545.
Cælius Aurelianus, 5.
Calmeil, 9-10.
Camisole, 185; — ses dangers, 189.
Capacité des aliénés, 594.
Caractère excentrique chez les enfants, 159.
Catalepsie, 462.
Cataleptoïde (état) dans la stupeur mélancolique, 226.
Cathéthérisme œsophagien, 178.
Causes prédisposantes, 112; — déterminantes, 136; — morales, 137, 349; — physiques, 143; — spécifiques, 157.
Célibat, son rôle étiologique, 123; — prophylactique, 161.
Cellules pour agités, 187.
Cellules nerveuses, leurs lésions dans la folie simple, 109.
Cellules araignées de la névroglie, 386.
Celse, 6.
Centres moteurs, sensitifs, modérateurs, 25.
Cérébral (ramollissement), 411.
Cérébrale (anémie), 33; — (hypérémie), 33; — (ischémie), 34.
Cérébrales (maladies), causes d'idiotie, 332.
Cérébration inconsciente, 25.
Cérébraux, 22, 303, 345, 515.
Cerveau (poids du), 24, 106; — modifications chimiques, 25; — arrêts de développement, 42; — lésions organiques, 144. — Morphologie, 105, 336.
Chagrins, leur influence étiologique, 137, 216.
Chicane (délire de la), 309.
Chloral (hydrate de), 175, 450, 496.
Chloroforme dans la chorée, 496.
Chlorure de sodium dans la pellagre, 543.
Choléra, cause de folie, 154.
Chorée, 489-496.
Choréomanie, 489.
Circulaires (attitudes des), 243.
Circulation, 75.
Civilisation, cause de folie, 112.
Classification des maladies mentales, 35-41.
Claustrophobie, 290.
Climatérique (folie), 155.
Climats, leur influence étiologique, 122.
Cloniques (convulsions) dans l'épilepsie, 426; — dans l'hystérie, 459.
Cocaïne dans l'intoxication morphinique, 532.
Cocaïnomanie, 532.
Cœur (maladies du), 93.
Colloïde (dégénérescence) 386.
Commission de surveillance des

établissements d'aliénés, 599.
Complications de la folie, 98.
Conceptions délirantes, 45; — leurs origines, 46; leurs principales variétés, 47.
Congénitaux (dégénérés), 280.
Congestion passive du cerveau dans la mélancolie, 234.
Congestive (manie), 378.
Conolly, 21, 187.
Consanguinité, ses effets, 135, 332.
Conscience (abolition de la) dans le délire épileptique, 432.
Conseil judiciaire, 582.
Constipation dans la mélancolie, 223.
Contacts (crainte des), 294.
Contractures, dans la paralysie générale, 367; dans l'hystérie, 461.
Contrainte pharmaceutique, 188; — (agents mécaniques de), 185.
Convalescence de la folie, 163.
Convulsionnaires, 476.
Convulsions dans la pellagre, 535.
Convulsions cloniques dans l'épilepsie, 426; — dans l'hystérie, 459.
Coprolalie, 299.
Coprophagie, 73, 222.
Corps granuleux dans la démence sénile, 412.
Crainte des contacts, 294.
Crâne (déformations de la base du), dans l'épilepsie, 427, — rachitisme du) chez les idiots, 335; — (traumatisme du), 143.
Crétinisme, endémique, 544-556; — sporadique, 338.
Crime et folie morale, 320.
Crises dans la folie, 88.
Cuiller (alimentation forcée à la), 184.
Cullen, 14.
Curabilité de la démence, 98.

Danse de saint Guy, dansomanie, 489.
Datura stramonium, 174.
Déformations chez les aliénés, 68; — de la base du crâne dans l'épilepsie, 427.
Dégénérants, 277.
Dégénérés congénitaux, 280; — infantiles, 280; juvéniles, 280.
Dégénérescence dans la folie périodique, 240; — dans la folie héréditaire, 277.
Dégénérescence colloïde, 386.
Dégustateurs (folie des), 124.
Delaye, 20.
Délire, 47; — aigu, 200; — ambitieux, 353, 207, 505, 512, — démoniaque, 199; — hypocondriaque, 219, 403; — mélancolique, 356; — mystique, 200; — transitoires, 431; — hystérique, 470; — délire d'énormité, 231; — de la chicane, 309; — des négations, 219; — du toucher, 294; — de persécution, 252, 257; — systématisé progressif, 252; — Des petitesses ou micromaniaque, 338.
Délires d'emblée, 318; — épileptoïdes, 435; — polymorphes, 316.
Delirium tremens, 507.
Démence consécutive aux folies simples, 90; — précoce, 207; — sénile, 398.
Démences organiques, 416-417.
Demoniaque (délire), 199; — (possession), 476.
Dépenses du service des aliénés, 594
Dépression intellectuelle, 44.
Diabète, 150.
Diagnostic général de la folie, 101.
Diathèse; comme cause de folie, 148; — d'irritabilité, 283; — des parents comme cause d'idiotie, 333.
Difformités sexuelles, 253, 287.
Digestifs (troubles), dans la mélancolie, 222, 236.
Digestion, 73.
Digitale, 174; — dans la paralysie générale, 396.
Dipsomanie, 158, 242, 301, 514.
Directeur d'établissements d'aliénés, 597.
Direction morale, 166.
Dissimulée (folie), 564.
Distractions comme moyen de traitement, 169.

Douches, 170.
Doute (folie du), 292.
Drastiques dans la paralysie générale, 394.
Durée de la folie, 87.
Dysphagie dans la mélancolie, 229.

Ecrits des persécutés, 261.
Education au point de vue étiologique, 125; — prophylactique, 160.
Egoïsme des héréditaires, 322.
Electricité dans l'alimentation forcée, 184 ; — statique dans l'hystérie, 487.
Emissions sanguines, 172.
Emotions, leur rôle étiologique, 137; — de la mère pendant la grossesse, 332.
Empoisonnement (idées d'), 262.
Empoisonnement, cause de folie, 141.
Encéphalite interstitielle diffuse, 342-397 ; — aiguë, 371.
Enfants (folie des), 120.
Enormité (délire d'), 231.
Enquête médico-légale, 562.
Ephidrose dans la mélancolie, 229.
Epidémique (folie), 474.
Epilepsie, 418-451, 577 ; larvée, 434 ; — simulée, 446 ; — alcoolique, 510 ; — pellagreuse, 538.
Epileptique (folie), 435.
Epileptoïdes (délires), 435.
Ergotine dans la manie, 214 ; — dans la paralysie générale, 395.
Erotomanes, 311.
Erreurs possibles en médecine légale, 564.
Erythème pellagreux, 534.
Escharres dans la paralysie générale, 368.
Espaces (peur des), 290.
Esprit humain, type normal, 43.
Esquirol, 17.
Etablissements d'aliénés ; publics, 586 ; — privés, 600.
Etat civil au point de vue étiologique, 123.
Etat de mal épileptique, 427.
Etat mental des héréditaires, 281 ; — des épileptiques, 438 ; — des hystériques, 464 ; — dans les affaires civiles, 581.
Etats mixtes entre la raison et la folie, 574 ; 579.
Etiologie générale, 111.
Examen des aliénés, 102.
Excentricités des héréditaires, 281, 285. ; — chez les enfants, 159.
Excentriques, 314.
Excitation, 44 ; — maniaque 204, 241.
Expertise-médicale, 561.
Extase, 310, 472.

Falret (J.-P.), 20.
Fernel, 9.
Fève de Calabar dans la paralysie générale, 395.
Fièvre hystérique, 464.
Folie, 23; — à deux, 22 et 139 ; — à double forme ; 144 ; — à formes alternes, 245; — du doute, 292; — des enfants, 120; — héréditaire, 33, 126, 161, 275, 570, 577; — périodique, 238; — pénitentiaire, 141; — puerpérale, 155; — rhumatismale, 149; — toxique, 97, 158; — sympathique, 145; — pubérale, 155; — pellagreuse, 537 ; — saturnine, 521; — morale, 305, 312, 315, 482; — climatérique, 155 ; — dissimulée, 564 ; — simulée, 565 ; — alléguée, 568 ; — des dégustateurs, 124 ; — des extracteurs de mercure, 124 ; — paralytique, 344 ; — épileptique, 435; — multiple, 437 ; hystérique, 477 ; épidémique, 474; — avec conscience, 481.
Formes de la folie héréditaire, 288.
Foville père, 20.
Frayeur ; son rôle étiologique, 138.
Frigidité, impuissance, chez les héréditaires, 305.
Fugues des hystériques, 469 ; — des épileptiques, 434.
Fureur dans la manie, 196.

Galien, 6.
Gangrène ; pulmonaire dans la folie, 92 ; — dans la paralysie générale, 369.
Gâteux, 190.
Genèse des idées de grandeur, 265.
Genesiques (impulsions), 51.
Génitales (fonctions) chez les aliénés, 78 ; — (hallucinations) 262.
Georget, 19.
Glycosurie dans la paralysie générale, 352.
Goître et crétinisme, 545.
Goîtrigènes (eaux), 550.
Goût, hallucinations, 55.
Griesinger, 19.
Grincement des dents dans la paralysie générale, 362.
Grossesse, cause de folie, 155 ; — (émotions de la mère pendant la) 332.
Guérison de la folie, 87; guérirsons tardives, 100.
Guerres ; leur influence sur le développemeet de la folie, 104.

Habitus extérieur des aliénés, 67.
Hallucinations, 52 ;— de l'ouïe, 52; — de la vue, 54 ; — du goût et de l'odorat, 55 ; — leur fréquence, 56 ; — leur physiologie pathologique, 57; — leur pathogénie, 61. — Compatibles avec la raison, 63 ; — dans la manie, 196 ; — dans la mélancolie, 217 ; — dans le délire systématisé, 257 ; — dans la paralysie générale, 354; — dans l'hystérie, 471 ; — dans la chorée, 492; — dans l'alcoolisme, 502 ; — génitales, 262.
Heinroth, 19.
Hématome de l'oreille, 94 ; — dans la paralysie générale, 369.
Héréditaire (folie), 33, 126, 161, 275, 570, 577.
Hérédité, 126; — ses lois, 127-135 ; — ses différents aspects, 130 ; — convergente ou atténuée, 162; — maternelle plus grave, 128, 162 ; — accumulée, 280 ; homochrone, 300 ; — similaire, 129, 300; — congestive, 345 ; — dans l'épilepsie. 419 ; — dans l'hystérie, 453 ; — dans la pellagre, 540 ; — dans le crétinisme, 551.
Hésitation de la parole dans la paralysie générale, 359.
Hippocrate, 2.
Historique de la folie en général, 1 ; — de la folie périodique, 239.
Homicides (impulsions), 50, 301.
Hydrate de chloral, 175, 450, 496.
Hydrocéphalie, 334.
Hydrothérapie, 170; — dans la paralysie générale, 394 ; — dans l'hystérie, 486.
Hyoscyamine dans la manie, 214.
Hypérémie cérébrale, 33.
Hyperesthésie, 72.
Hypnone, 175.
Hypnotique (suggestion), 487.
Hypochondriaque (délire) 219, 403; — dans la paralysie générale. 357 ; — (mélancolie), 228.
Hystérie, 452-488, 577.
Hystérique (délire), 470 ;— (fièvre), 464 ; — folie), 477.

Idées fixes, 25, 283.
Idées de grandeur, 205.
Ideler, 19.
Idiotie, 324-341 ; — morale, 284.
Illusions, 64; — description, 65.
Imbéciles, 325-329, 579.
Imitation ; son influence étiologique, 139.
Impuissance, 305.
Impulsions, 49, 289; — suicides, 49, 299; — homicides, 50, 301; — génésiques, 51, — au vol, 50, — à l'incendie, 50; — à boire, 50; — dans l'épilepsie, 433; — conscients, 289.
Incendie (impulsions à l'), 50.
Incidentes (maladies), 92.
Inégalité pupillaire dans la paralysie générale, 360.
Infantiles (dégénérés), 280.
Infectieuses (maladies), 422.
Infiltration séreuse des méninges, 372.

Insolation, 348.
Insomnie ; dans la manie, 198 ; — dans la mélancolie, 221, 234 ; — dans la folie périodique, 243.
Instabilité mentale, 285, 314.
Intellectuelle (dépression), 44.
Intelligence (troubles généraux de), 44 ; — affaiblissement de l'intelligence dans la démence sénile, 400.
Interdiction, 582.
Intermittences, 86 et 575 ; — dans la folie périodique, 246 ; — dans la folie héréditaire, 321.
Interrogatoire des aliénés, 103, 563.
Intervalles lucides, 85, 575.
Intimidation comme moyen de traitement, 167.
Intolérance des héréditaires pour les boissons alcooliques, 316.
Invasion brusque de la folie, 99.
Inventeurs, 315.
Inversion du sens génital, 148, 306.
Iodure de potassium dans la paralysie générale, 396 ; — dans l'acoolisme, 517 , — dans le saturnisme, 523 ; — dans le crétinisme, 555.
Iris (variations de l') dans la paralysie générale, 360.
Irrésistibilité des impulsions conscientes, 289.
Irritabilité (diathèse d'), 283.
Ischémie cérébrale, 34.
Isolement thérapeutique, 162 ; — contre-indications, 164.
Ivresse, 500.

Jacobi, 19.
Jaloux, 310.
Jusquiame, 174.
Juvéniles (dégénérés), 280.

Kleptomanie, 303.

Lactation, cause de folie, 155.
Langage spécial des persécutés, 264.
Langage (troubles du), 263.
Lasègue, 22.
Lavements nutritifs, 185.
Législation des aliénés, 584.
Lepois (Charles), 10.
Lésions organiques du cerveau, 144 ;—d'un organe éloigné, 145.
Léthargie hystérique, 462.
Leuret 19.
Lit de gâteux, 191.
Logorrhée, 473.
Loi de 1838, 586.
Lorry, 14.
Lutte pour la vie, 112, 160.

Maïsine, 540.
Mal (petit) intellectuel, 431.
Mal perforant dans la paralysie générale, 352.
Mal de la rosa, 534.
Malades à idées de suicide, 189.
Maladies aiguës, leur influence étiologique, 152 ; — incidentes, 92 ; — du cœur, 93 ; — infectieuses comme cause d'épilepsie, 422.
Maniaque (excitation), 204, 241.
Manie, 192 ; — ses formes, 198 ; sa marche, 205 ; — ambitieuse, 200 ; — blasphématoire, 299 ; — congestive, 378 ; — raisonnante, 312.
Marcé, 20.
Marche de la folie, 83.
Mariage des prédisposés, 161 ; — des aliénés, 582.
Médecine légale des aliénés, 559-583.
Médecins des établissements d'aliénés, 598.
Médications pharmaceutiques 171 ; — opiacée, 174.
Mégalomanie, 266.
Mélancolie, 215 ; symptômes intellectuels, 216 ; — symptômes physiques, 220 ; — ses formes, 224 ; — anxieuse, 225 ; — avec stupeur, 225 ; — religieuse, 228 ; — hypocondriaque, 228 ; des onanistes, 229.
Mélancolique (délire), 356.
Mémoire (perte de la) dans la démence, 400 ; — dans l'alcoolisme, 511.

Méninges (lésions des), 109 ; — (infiltration séreuse des), 372.
Méningo-encéphalite des idiots, 338
Ménopause, 155.
Mensonges des hystériques, 467.
Menstruation, 78, 154.
Mercure (folie des extracteurs de), 124.
Mérycisme chez les idiots, 329.
Méthylal, 175.
Microcéphalie, 335.
Micromaniaque (délire), 358.
Milieu, son influence sur les idées délirantes, 259.
Militaire (profession), 125, 347.
Monomanie, 289, 307.
Moral insanity, 312.
Morale (folie), 305, 312, 315, 482.
Morales (perversions), 284.
Moreau (de Tours), 20.
Morel, 21.
Morgagni, 13.
Morphine, 173,
Morphinisme, 158, 524, 532 ; — chronique, 526.
Morphinomanie, 524.
Morphologie du cerveau, 105, 336.
Mortalité dans les asiles d'aliénés, 91.
Mystique (délire), 200.
Mystiques, 310.
Myxœdème, 545.

Nasse, 19.
Nécrophilie, 73, 307.
Négations (délire des), 219.
Neurasthéniques, 278.
Névralgies dans la mélancolie, 224.
Névroglie ; ses lésions dans la folie simple, 110 ; — dans la paralysie générale, 386.
Névropathiques (états), dans l'hérédité, 278.
Nider, 8.
Nitrate d'argent dans la paralysie générale, 395.
No-restraint, 187.

Observation directe et suivie, en médecine légale, 568.
Obsessions, 25, 283, 289.
Oculaires (troubles) dans la paralysie générale, 352.
Odorat, hallucinations, 55.
Œsophagien (cathétérisme), 178.
Œsophagienne (sonde), 178.
Onanisme, 147.
Onanistes (mélancolie des), 229.
Onomatomanie, 297.
Opiacés, 173 : — dans la manie, 213.
Ordonnance de 1838, 597.
Oreille, Hématome, 94, 369.
Orgueilleux, 314.
Ouïe, hallucinations, 52.
Ovarie, 457.
Oxyde de zinc, dans l'épilepsie, 449 ; — dans l'alcoolisme, 517.

Pachydermique (cachexie), 338, 545.
Paraldéhyde, 75.
Paralysie générale, 342-397 ; — ses formes, 374 ; — ses complications, 370 ; — sa marche, 377 ; — paralysie générale sénile, 413 ; — Alcoolique, 512, — pellagreuse, 537.
Paralytique (folie), 344.
Paré (Ambroise), 9.
Parole (hésitation de la), dans la paralysie générale, 359.
Paroxysmes, 301.
Passage de la folie à l'état chronique, 89.
Passions au point de vue étiologique, 137.
Pathogénie de la folie, 32.
Paul d'Egine, 7.
Pédagogiques (moyens), chez les idiots, 340.
Pédérastie chez les héréditaires, 306.
Pellagre, 533-543 ; — distribution géographique, 533.
Pellagreuse (folie), 537.
Pénalités édictées par la loi de 1838, 597.
Penchants des héréditaires, 285.
Pénitentiaire (folie), 141.
Peptones dans l'alimentation forcée, 185.
Périméningo-encéphalite, 343.

Périodes du délire systématisé progressif, 255.
Périodique (folie), 238.
Persécutés actifs et passifs, 260; — raisonnants, 272.
Persécuteurs, 272, 307.
Persécution (délire de), 252, 257.
Perversions de la sensibilité physique, 73 ; — morales, 284 ; — du sens génital, 73, 305.
Petitesses (délire des), 358.
Peur des espaces, 290.
Phénomènes critiques, 88.
Physiologie pathologique de la folie, 23 ; — de l'épilepsie, 440.
Physionomie des aliénés, 67.
Pinel, 16.
Placements d'office, 591 ; — volontaires 587.
Plater (Félix), 10.
Pneumonie des aliénés, 92.
Poétiques (dispositions) des héréditaires, 281.
Poids du cerveau, 24, 106.
Poisons comme cause de folie, 158.
Polio-encéphalite des idiots, 337.
Politique, cause de folie, 114.
Polymorphes (délires), 316.
Polymorphisme de la folie héréditaire, 319.
Polyurie dans la mélancolie hypocondriaque, 229.
Porencéphalie, 336.
Possession démoniaque, 476.
Potassium. Voy. *Bromure*, *Iodure*.
Pouls dans la mélancolie, 221-227 ; — dans la folie périodique, 244 ; — dans la paralysie générale, 364 ; — dans l'attaque épileptique, 443.
Poussées congestives, 370.
Précocité des héréditaires, 282.
Prédisposition aux maladies mentales, 43.
Processifs, 309.
Prodrômes de la folie, 87 ; — de la paralysie générale, 350.
Professions au point de vue étiologique général, 124 ; — dans la paralysie générale, 347.
Pronostic dans la folie, 96.
Prophylaxie, 159.
Pseudo-paralysie générale syphilitique, 151 ; — alcoolique, 513; — saturnine, 521.
Pseudo-pellagre, 532.
Pubérale (folie), 153.
Puberté (folie de la), 155 ; — accidents de la puberté chez les héréditaires, 288.
Puerpérale (folie), 155.
Pupillaire (inégalité) 360.
Purgatifs, 171.
Pyromanie, 304.

Quinine. Voy. *Sulfate de quinine*.

Rachitisme du crâne chez e idiots, 335.
Raisonnante (manie), 312.
Raisonnants (persécutés), 272.
Ramollissement cérébral dans la démence sénile, 411.
Régime des aliénés, 176 ; — des maniaques, 214.
Religieuse (mélancolie), 228.
Religion mal entendue au point de vue étiologique, 116.
Rémissions, 86 , 575 ; — dans le délire systématisé, 268 ; — dans la paralysie générale, 377.
Respiration, 74 : — dans la mélancolie, 221 ; — dans la stupeur, 226.
Responsabilité des aliénés, 557 ; — partielle, 558 ; — totale, 559.
Rêves dans la paralysie générale. 354 ; — dans l'alcoolisme, 506,
Révolutions comme cause de folie, 114.
Révulsifs, 172 ; — dans la manie, 214; — dans la paralysie générale, 394.
Rhasès, 7.
Rhumatismale (folie), 149.

Saignées dans la folie périodique, 251 ; — dans la paralysie générale, 394.
Salivaire (secrétion), 80.
Sang (altérations du), 80, 340.
Sanguines (émissions), 172.

Saturnine (folie), 124, 520.
Saturnisme, 520-523.
Sauvages, 13.
Sécrétions, 79 ; — sécrétion salivaire, 80 ; — dans la mélancolie, 223.
Sédatifs, 172.
Sénile (démence), 398.
Sennert, 10.
Sens génital (inversions), 148, 306.
Sens musculaire, 71.
Sensibilité (troubles de la), 31.
Sensibilité morale dans la mélancolie, 218 ; — dans la démence sénile, 401 ; — dans la chorée, 493.
Sensibilité physique (perversions de la), 73.
Séton dans la mélancolie, 234.
Sexe ; son influence sur le pronostic, 97 ; — sur l'étiologie, 121.
Sexuelles (aberrations, 305 ; — (difformités), 253, 287.
Sialorrhée dans la stupeur, 226.
Simulateurs, 556.
Simulée (folie), 565.
Sitiophobie, 177.
Sodium (chlorure de), dans la pellagre, 543.
Sommeil, 78.
Somnambulisme, 462-474.
Sonde œsophagienne, 178.
Soranus, 5.
Spartéine (sulfate de) dans le morphinisme, 531.
Stigmates de la folie héréditaire, 277, 286.
Strychnine dans la folie périodique, 251.
Stupeur mélancolique, 225 ; — — active et passive, 227 ; — périodique, 244 ; — dans la paralysie générale, 356 ; — postépileptique, 426.
Suggestion hypnotique, 487.
Suicide, 113 ; — précautions à prendre contre les idées de suicide, 189 ; — dans la mélancolie, 217 ; — dans l'alcoolisme, 511 ; — dans la pellagre, 537.
Sulfate de quinine dans la folie périodique, 250.
Sulfate de sparteine, 531.
Sulfonal, 175.
Sydenham, 12.
Sylvius Deleboë, 11.
Sympathie ; d'un organe éloigné, 145 ; — des prédisposés les uns pour les autres, 161.
Sympathique (folie) 145 ; — épilepsie sympathique, 423.
Syndrômes délirants dans le délire systématisé, 267.
Syphilis, cause d'aliénation, 150 ; — de paralysie générale, 348.
Systématisation du délire, 259.

Tarentisme, 475.
Tartre stibié, dans la paralysie générale, 396 ; — dans la manie, 211.
Téguments des aliénés, 68.
Température dans la folie, 76.
Tension artérielle chez les mélancoliques, 222, 235.
Terminaisons de la folie, 87.
Thermo-anesthésie, 70.
Thyreoïde (absence du corps) dans le crétinisme, 338, 647.
Thyréoïdectomie, 545.
Toniques, 175.
Toucher (délire du), 294.
Toxique (folie), 97, 158.
Traitement de la folie en général, 159 ; — moral, 162, 237.
Tralles (Alexandre de), 7.
Transitoires (délires), 431.
Traumatismes du crâne, 143 ; — cause d'idiotie, 333 ; — de paralysie générale, 348 ; — d'épilepsie, 421 ; — d'hystérie 456.
Travail comme moyen de traitement, 168.
Trélat, 20.
Tremblements des paralytiques, 359 ; — des alcooliques, 510.
Troubles digestifs dans la mélancolie, 222, 236.
Troubles du langage, 263.
Tuberculose des aliénés, 20.
Type normal de l'esprit humain, 43.
Typhus pellagreux, 537.

Uniformité des accès dans la folie périodique, 248.

Uréthane, 175.
Utopistes, 315.

Vaginisme dans la mélancolie hypocondriaque, 229.
Vaisseaux (lésions des), 109.
Variole, cause de folie, 154.
Verderame, verdet, 539.
Vertiges dans la démence sénile, 407; — dans l'épilepsie, 427.
Vieussens, 12.
Voisin (Félix), 20.
Vol (impulsions au), 50.
Voyages dans le traitement de la folie, 168, 237.
Vue, hallucinations, 54.

Willis (Thomas), 11.

Zéïsme, 540.
Zinc. Voy. *Oxyde de zinc.*
Zones hystérogènes, 458.
Zoophilie, 283.
Zoophobie, 283, 296.
Zoopsie, 471.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près le boulevard Saint-Germain, Paris.

TRAITÉ CLINIQUE

DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Par E. LEYDEN

Professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin.

TRADUIT AVEC LE CONCOURS DE L'AUTEUR

Par les docteurs E. RICHARD et Ch. VIRY.

Médecins-majors des hôpitaux militaires.

1 vol. gr. in-8 de 800 pages. . . . . 14 fr.

Les maladies de la moelle épinière se présentent journellement à l'observation des médecins, aussi bien dans la pratique ordinaire que sur la scène des grands hôpitaux. Ce traité s'adresse donc à tous les praticiens auxquels il est nécessaire que cette pathologie devienne familière. Il n'existait pas en France de travail d'ensemble sur ce sujet au courant de la science actuelle. L'ouvrage du professeur Leyden, qui a eu un si grand retentissement en Allemagne, lors de son apparition, comblera cette lacune, grâce à la traduction de MM. Richard et Viry.

TRAITÉ DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

comprenant

LES MALADIES DU CERVEAU, LES MALADIES DE LA MOELLE
ET DE SES ENVELOPPES
LES AFFECTIONS CÉRÉBRO-SPINALES
LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUES
ET LES MALADIES TOXIQUES DU SYSTÈME NERVEUX

Par W. HAMMOND

Professeur de maladies mentales et nerveuses à l'Université de New-York.

Traduction française, augmentée de notes et d'un appendice

Par le Docteur F. LABADIE-LAGRAVE

Médecin des hôpitaux.

1 vol. gr. in-8, XXIV-1278 pages, avec 116 fig. — Cartonné. 22 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, RUE HAUTEFEUILLE

LEÇONS CLINIQUES

Sur les Maladies mentales et sur les Maladies nerveuses

PROFESSÉES A LA SALPÊTRIÈRE

Par le docteur Auguste VOISIN

Médecin de la Salpêtrière.

1 vol. gr. in-8 de 770 pages avec figures intercalées dans le texte, 5 planches lithographiées et 3 planches photoglyptiques . . 15 fr.

Cet ouvrage traite des questions suivantes : des prédispositions à la folie, ses causes et ses prodromes, ses diverses formes. — Folie acquise, par anémie, par athermie, consécutive à des tumeurs intra-craniennes. Température du crâne.— Folie secondaire, hystérique et sensorielle, sympathique, puerpérale, native, par intoxication, par diathèse et par virus. (Alcoolisme aigu et chronique. Abus de l'opium. Haschisch, Nicotine.) — Idiotie native et héréditaire acquise. — Éducation et hygiène des idiots. — De la mélancolie dans ses rapports avec l'hypochondrie, la manie, le délire ambitieux : diagnostic et pathogénie, pronostic et traitement. — De l'épilepsie : symptômes, diagnostic, symptômes, traitement. — De l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses. — Traitement de la folie par le chlorhydrate de morphine, etc.

TRAITÉ DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS

Par le docteur Auguste VOISIN

Médecin de la Salpêtrière.

1 vol. gr. in-8 de 560 pages, avec 15 planches lithographiées et coloriées, graphiques et tracés. . . . . 20 fr.

LES HYSTÉRIQUES

ÉTAT PHYSIQUE ET ÉTAT MENTAL, ACTES INSOLITES DÉLICTUEUX ET CRIMINELS

Par le docteur LEGRAND DU SAULLE

1 vol. in-8 de 700 pages. . . . . 8 fr.

A une époque où l'hystérie joue un si grand rôle dans les affections nerveuses, M. Legrand du Saulle a rendu un véritable service à la science en publiant les résultats de sa longue pratique et de sa vaste expérience personnelle. L'hystérie a cessé d'être un mystère : c'est aujourd'hui une maladie qui relève directement du médecin.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT POSTAL

AZAM (Dr). *Hypnotisme*, double conscience et altérations de la personnalité. 1 vol. in-16, avec figures (Bibliothèque scientifique contemporaine.) ..... 3 fr. 50

BACH (J.-A.). *De l'anatomie pathologique dans différentes espèces de goîtres*, du traitement préservatif et curatif. In-4, 130 pages et 1 planche ..... 2 fr. 50

BAILLARGER (J.). *Recherches sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau.* In-4. 42 pages, 2 planches lithographiées ..... 1 fr. 50

— *Des hallucinations.* Des causes qui les produisent, et des maladies qu'elles caractérisent. In-4. 245 pages ..... 5 fr.

BALL (B.). *La Folie érotique*, 1 vol. in-16. (Petite Bibliothèque médicale.) ..... 2 fr.

BEAUNIS (H.). *Le somnambulisme provoqué*, 1 vol. in-16 avec figures. (Bibliothèque scientifique contemporaine.) ..... 3 fr. 50

— *L'évolution du système nerveux.* 1 vol. in-16, avec 125 figures. (Bibliothèque scientifique contemporaine.) ..... 3 fr. 50

BERGERET. *L'Alcoolisme*, moyens de modérer les ravages de l'ivrognerie. 1 volume in-16. (Bibliothèque scientifique contemporaine.) ..... 3 fr. 50

BERNARD (Cl.). *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux.* 2 vol. in-8, avec figures ..... 14 fr.

BIMAR. *Structure des ganglions nerveux.* In-8, 68 pages. 2 fr.

BOUCHUT (E.). *La vie et ses attributs.* 1 vol. in-16. (Bibliothèque scientifique contemporaine.) ..... 3 fr. 50

— *Atlas d'ophtalmoscopie médicale et de cérébroscopie.* 1 vol. in-4 avec 14 pl. chromolithographiées, cartonné ..... 35 fr.

— *Du nervosisme aigu et chronique* et des maladies nerveuses, 2e édition. 1 vol. in-8, 650 pages ..... 6 fr.

BOURRU ET BUROT. *La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses.* 1 vol. in-16, avec 10 figures. (Bibliothèque scientifique contemporaine) .... 3 fr. 50

— *Les variations de la personnalité,* 1 vol. in-16, avec 15 figures. (Bibliothèque scientifique contemporaine.) ..... 3 fr. 50

BOUVEROT. *Théorie de la suppléance sensitivo-motrice.* In-8, 99 pages ..... 2 fr.

BRIERRE DE BOISMONT (A.). *De l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues* dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie. In-4, 62 pages... 1 fr. 50

BROWN-SÉQUARD (E.). *Propriétés et fonctions de la moelle épinière.* Rapport sur quelques expériences de M. Brown-Séquard, par M. Paul Broca. In-8 ..... 1 fr.

BURLUREAUX (Ch.). *Considérations sur le siège, la nature, les causes de la folie paralytique.* In-8, 91 pages ..... 2 fr.

CABANIS. *Rapports du physique et du moral de l'homme*, et Lettre sur les causes premières, avec une Table analytique, par Destutt de Tracy. 8e édition, augmentée des notes, et précédée d'une Notice historique et philosophique sur la vie, les travaux et les doctrines de Cabanis, par L. Peisse. 1 vol. in-8, 780 pages ..... 6 fr.

CALMEIL. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, ou Histoire anatomo-pathologique des congestions encéphaliques, du délire aigu, de la paralysie générale ou périencéphalique chronique diffuse à l'état simple ou compliqué, du ramollissement cérébral local aigu et chronique, de l'hémorragie cérébrale localisée, récente ou non récente. 2 vol. in-8, ensemble 1418 p. 17 fr.

— *De la folie*, considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la renaissance des sciences en Europe jusqu'au XIXe siècle. Description des grandes épidémies de délire simple ou compliqué qui ont atteint les populations d'autrefois et régné dans les monastères. Exposé des condamnations auxquelles la folie méconnue a souvent donné lieu. 2 vol. in-8..... 14 fr.

— *De la paralysie considérée chez les aliénés*. In-8..... 6 fr. 50

CERISE (L.). *Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation du système nerveux* et des maladies qui sont un effet consécutif de cette surexcitation. 1 vol. in-4, 170 pages..... 3 fr.

CHAIROU (E.). *Etudes cliniques sur l'hystérie*. In-8, 143 p. 3 fr.

CHAUMIER. *Essai sur le mal de tête*. Gr. in-8 de 96 p... 2 fr. 50

COLLINEAU. *Analyse physiologique de l'entendement humain*. In-8 (7 fr.)..... 1 fr. 50

COSSY (J.). *Recherches sur le délire aigu des épileptiques* (manie intermittente, manie avec fureur). In-8, 96 pages..... 2 fr.

CROS (Antoine). *Les fonctions supérieures du système nerveux*. Recherche des conditions organiques et dynamiques de la pensée. 1 vol. gr. in-8, 540 pages..... 8 fr.

CULLERRE. *Les frontières de la folie*. 1 vol. in-16 de 350 pages. (Bibliothèque scientifique contemporaine.)..... 3 fr. 50

— *Nervosisme et névroses*. Hygiène des énervés et des névropathes. 1 vol. in-16. (Biblioth. scientifique contemporaine.).... 3 fr. 50

— *Magnétisme et hypnotisme*. Exposé des phénomènes observés pendant le sommeil nerveux provoqué, au point de vue clinique, psychologique, thérapeutique et médico-légal. 2e édition. 1 vol. in-16. (Bibliothèque scientifique contemporaine.)..... 3 fr. 50

DARDE. *Du délire des actes dans la paralysie générale*. Gr. in-8, 41 pages..... 2 fr.

DECAISNE (G.). *Paralysies corticales du membre supérieur :* monoplégies brachiales. In-8, 74 pages..... 2 fr.

DECAISNE (P.). *Gangrène d'une partie de la base de l'encéphale*. In-4, 36 pages..... 1 fr. 50

DELISLE. *Contributions à l'étude des déformations du crâne*. In-8, 67 pages, avec 8 figures..... 2 fr.

DUCHENNE (G.-B.) (de Boulogne). *Anatomie microscopique du système nerveux*. Gr. in-8, avec 4 planches..... 3 fr.

EDINGER. *Anatomie des centres nerveux*, traduit par M. SIRAUD. 1 vol. in-8, avec 120 figures..... 8 fr.

ESQUIROL. *Inauguration de sa statue*. In-8, 56 pages, avec portrait..... 1 fr. 50

FAIVRE. *Etude sur l'histologie comparée du système nerveux.* In-4, 106 pages, avec 3 planches..... 4 fr.
FALRET (J.-P.). *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, leçons cliniques et considérations générales. 1 vol. in-8, LXX-796 p., avec un plan..... 11 fr.
FALRET (Jules). *Maladies mentales.* Etudes cliniques. 1889, 1 vol. in-8..... 10 fr.
FEUCHTERSLEBEN (E. de). *Hygiène de l'âme*, 3e édition. 1 vol. in-18, 284 pages..... 2 fr. 50
FLOURENS (P.). *Recherches sur les fonctions et les propriétés du système nerveux* dans les animaux vertébrés. 2e édition. In-8, 516 pages..... 3 fr.
FOISSAC (P.). *Les localisations cérébrales.* Gr. in-8..... 1 fr.
— *Considérations pratiques sur le traitement des névralgies.* Gr. in-8, 39 pages..... 2 fr.
FOVILLE fils (Ach.). *Les aliénés.* Etude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables. In-8, 208 pages..... 3 fr.
— *Etude clinique de la folie* avec prédominanee du délire des grandeurs. In-4, 120 pages..... .4 fr.
— *Historique du délire des grandeurs.* In-8, 55 pages..... 1 fr. 50
— *Les aliénés aux Etats-Unis.* In-8, 118 pages..... 2 fr. 50
— *La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse.* 1 vol. gr. in-8 de 208 pages..... 5 fr.
— *Les nouvelles institutions de bienfaisance.* 1 vol. in-16, avec 10 planches. (Bibliothèque scientifique contemporaine.). 3 fr. 50
GALL ET SPURZHEIM. *Anatomie et physiologie du système nerveux* en général et du cerveau en particulier. 4 vol. in-fo et 1 atlas in-fo de 100 planches (800 fr.)..... 150 fr.
Le même, 4 vol. in-4 et 1 atlas in-fo de 100 pl. (400 fr.). 100 fr.
GAVOY. *L'encéphale*, structure et description iconographique du cerveau, du cervelet et du bulbe, avec une préface par le professeur Vulpian (de l'Institut). 1 vol. in-4, avec atlas de 59 planches. Ensemble 2 vol., cart..... 100 fr.
GINTRAC (E.). *Mémoire sur l'influence de l'hérédité, sur la production de la surexcitation nerveuse*, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. In-4, 189 pages..... 3 fr. 50
GIRARD (H.). *Etudes pratiques sur les maladies nerveuses et mentales*, accompagnées de tableaux statistiques, suivies du Rapport à M. le préfet de la Seine sur les aliénés traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, et des Considérations sur l'ensemble du service des aliénés. 1 vol. in-8, 423 pages... 12 fr.
— *Compte administratif, statistique et moral sur le service des aliénés* du département de l'Yonne. 1 vol. in-8..... 3 fr.
— *Fonctionnement médicat et administratif du service des aliénés* de la Seine. 1 vol. gr. in-4..... 6 fr.
HAMON. *De la nature névrosique de l'albuminurie.* Gr. in-8, 75 pages..... 1 fr. 50
HERPIN (Th.). *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie.* 1 vol. in-8 de 600 pages..... 7 fr. 50

HERPIN (Th.). *Des accès incomplets d'épilepsie.* 1 vol. in-8, 207 pages..... 3 fr. 50

— *Etudes sur le lactate de zinc dans l'épilepsie.* In-8..... 1 fr.

HERZEN (Al.). *Le cerveau et l'activité cérébrale.* 1 vol. in-16. (Bibliothèque scientifique contemporaine.)..... 3 fr. 50

JOLLY. *Le tabac et l'absinthe*, leur influence sur la santé publique, sur l'ordre moral et social. 2e édition. 1 vol. in-16 de 216 pages. (Petite Bibliothèque médicale.)..... 2 fr.

JORET. *De la folie dans le régime pénitentiaire.* In-4, 88 p. 2 fr. 50

JOURDAN (E.). *Les sens chez les animaux inférieurs.* 1 vol. in-16, avec 50 figures. (Biblioth. scientifique contemporaine.)... 3 fr. 50

KRAUSS ET TELGMANN. *Les anomalies dans le parcours des nerfs*, trad. de l'allemand par M. de LA HARPE. In-8, 80 pages... 2 fr.

LACASSAGNE (M.). *Des phénomènes psychologiques*, avant, pendant et après l'anesthésie provoquée. in-4, 72 pages..... 2 fr. 50

LEBLOND ET BOUVIER. *La gymnastique et les exercices physiques.* 1 vol. in-16, avec 80 figures, cartonné. (Bibliothèque des connaissances utiles.)..... 4 fr.

LECADRE. *Essai sur la névralgie intercostale.* In-8, 30 p. 1 fr.

LEFEBVRE-DURUFLÉ. *Rapport présenté au Conseil général du département de l'Eure, au nom de la commission des aliénés.* In-8, avec 4 planches représentant des hospices d'aliénés en France et en Angleterre (3 fr. 50)..... 1 fr.

LELUT. *L'amulette de Pascal, pour servir à l'histoire des hallucinations.* 1 vol. in-8, avec fac-similé de l'écriture de Pascal. 6 fr.

— *Du démon de Socrate*, spécimen d'une application de la médecine psychologique à celle de l'histoire. Nouvelle édition. 1 vol. in-18. (Bibliothèque scientifique contemporaine.)..... 3 fr. 50

— *De l'organe phrénologique de la destruction chez les animaux*, ou Examen de cette question : Les animaux carnassiers ou féroces ont-ils, à l'endroit des tempes, le cerveau, et par suite le crâne, plus large proportionnellement à sa longueur que ne l'ont les animaux d'une nature opposée? In-8 (2 fr. 50)..... 50 c.

— *Qu'est-ce que la phrénologie?* ou Essai sur la signification et la valeur des systèmes de physiologie en général et de celui de Gall en particulier. 1 vol. in-8, 438 pages..... 6 fr.

LENHOSSEK (J, de). *Des déformations artificielles du crâne.* In-4, 134 pages, 3 pl. et 16 fig..... 14 fr.

LETIÉVANT. *Traité des sections nerveuses.* Physiologie, pathologie, indications, procédés opératoires. 1 vol. in-8 de XXVIII-548 pages, avec 20 fig..... 8 fr.

LEURET (F.). *Du traitement moral de la folie.* 1 vol. in-8. 6 fr.

LEURET ET GRATIOLET. *Anatomie comparée du système nerveux*, considérée dans ses rapports avec l'intelligence. 2 vol. in-8, avec atlas in-fo de 32 planches dessinées d'après nature. — Figures noires, 48 fr.; figures coloriées, 96 fr.

LUCAS. *Traité physiologique et philosophique de l'hérédité naturelle* dans les états de santé et de maladie du système nerveux, avec l'application méthodique des lois de la procréation au traitement général des affections dont elle est le principe. 2 forts volumes in-8..... 16 fr.

LUYS (J.). *Iconographie photographique des centres nerveux.* 2 vol. in-4, comprenant 71 pl. photographiques et 68 schémas et 86 pages de texte descriptif et explicatif. Cartonné..... 150 fr.

— *Etudes de physiologie et de pathologie cérébrales :* des actions réflexes du cerveau dans les conditions normales et morbides de leurs manifestations. 1 vol. in-8, avec 2 planches..... 5 fr.

— *Leçons sur la structure et les maladies du système nerveux.* In-8, 80 pages, avec 1 planche..... 3 fr.

— *Petit atlas photographique du système nerveux. Le cerveau.* 1 vol. in-8, avec 24 héliogravures, cartonné..... 12 fr.

MARCÉ (L.-V.). *De l'état mental dans la chorée.* In-4, 38 p. 1 fr. 50

— *De la valeur des écrits des aliénés* au point de vue de la séméiologie et de la médecine légale. In-8, 32 p., avec 2 pl..... 2 fr.

— *Traité de la folie des femmes enceintes*, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet. 1 vol. in-8..... 6 fr.

— *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile*, et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale. In-8, 72 pages..... 2 fr.

— *Des altérations de la sensibilité.* In-8, 111 pages..... 2 fr. 50

MARCHANT (Gérard). *Des épanchements sanguins* intra-craniens consécutifs aux traumatismes. Gr. in-8, 207 pages..... 4 fr. 50

MARFAING (E.). *De l'alcoolisme* considéré dans ses rapports avec l'aliénation mentale. In-8, 81 pages..... 2 fr.

MESNET (E.). *Etude médico-physiologique sur l'homme dit le Sauvage du Var.* In-8, avec portrait..... 1 fr. 50

MICHEA (F.). *Du siège, de la nature intime, du symptôme et du diagnostic de l'hypochondrie.* In-4, 81 pages..... 2 fr. 50

— *Des hallucinations*, de leurs causes et des maladies qu'elles caractérisent. 1846, in-4, 32 pages..... 1 fr.

MORDRET. *Considérations sur la sensibilité* dans ses rapports généraux avec les phénomènes psychiques. (Fragments d'une étude sur la folie.) In-8, 64 pages..... 1 fr. 50

MOREAU (J.) (de Tours). *De l'étiologie de l'épilepsie* et des indications que l'étude des causes peut fournir. 1 vol. in-4, 175 pages (6 fr.)..... 4 fr.

MOREAU (P.) (de Tours). *La folie chez les enfants.* 1 vol. in-16 de 444 pages. (Bibliothèque scientifique contemporaine.)..... 3 fr. 50

— *Fous et bouffons.* 1 vol. in-16. (Bibliothèque scientifique contemporaine.)..... 3 fr. 50

MOREL (B.-A.). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, et des causes qui produisent ses variétés maladives. 1 vol. in-8, 700 pages et atlas de 12 pl. in-4..... 12 fr.

MOREL (C.). *Le cerveau*, sa topographie anatomique. In-4, avec 17 pl., cartonné..... 7 fr. 50

MOTET (A.). *Les aliénés devant la loi*. In-8, 48 pages..... 1 fr.

— *Accès de somnambulisme spontané et provoqué*. In-8, 16 pages..... 1 fr.

— *Les faux témoignages des enfants devant la justice*. Gr. in-8, 20 pages..... 1 fr.

NIEPCE (B.). *Traité du goître et du crétinisme*. 2 vol.in-8. 9 fr.

NIVET. *Traité du goître*. 1 vol. in-8 de 297 pages..... 6 fr.

— *Etudes sur le goitre épidémique*. In-8..... 2 fr. 50

PAIN (A.). *De l'hygiène morate de la folie* appliquée dans les grands asiles d'aliénés. In-8, 16 pages..... 50 c.

— *Des divers modes de l'assistance publique appliquée aux aliénés*. In-8..... 1 fr. 50

PARIGOT. *Tableau analytique des maladies mentales*. In-8 oblong..... 3 fr.

PARINAUD. *Etude sur la névrite optique*. Gr. in-8, 64 pages. 1 fr. 50

PHILIPS (A.-J.-P.). *Electro-dynamisme vital*, ou les Relations physiologiques de l'esprit et de la matière démontrées par les expériences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux. 1 vol. in-8..... 7 fr.

— *Cours théorique et pratique du braidisme ou hypnotisme nerveux*. 1 vol. in-8..... 3 fr. 50

— *Principes des propriétés organoleptiques*. Influence réciproque de la pensée, de la sensation et des mouvements végétatifs. In-8, 32 pages..... 1 fr.

PIERRET. *Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsalis*. In-8, 52 pages..... 1 fr. 50

PINEL (Cas.). *Du traitement de l'aliénation mentale* aiguë en général, et principalement par les bains tièdes prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête. 1 vol. in-4..... 5 fr.

POINCARÉ. *Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux*. 3 vol. in-8, avec figures..... 18 fr.

POTERIN DU MOTEL. *Etudes sur la mélancolie*. In-4..... 3 fr.

PUEL (T.). *De la catalepsie*. 1 vol. in-4, 118 pages..... 3 fr. 50

PUTNAM. *Recherches sur les troubles fonctionnels des nerfs vasomoteurs* dans l'évolution du tabes sensitif. Gr. in-8, 131 p. 2 fr. 50

RANVIER. *Leçons d'anatomie générale* faites au Collège de France. *Appareils nerveux terminaux des muscles de la vie organique*, cœurs sanguins, cœurs lymphatiques, œsophage, muscles lisses. 1 vol. in-8 avec figures..... 10 fr.

RANVIER. *Terminaisons nerveuses sensitives* : cornée. 1 vol. in-8, avec figures ..... 10 fr.

REDARD (Paul). *De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique.* In-8, 156 pages..... 3 fr. 50

REMAK. *Galvanothérapie,* ou de l'application du courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses et musculaires. 1 vol. in-8, xx-467 pages..... 7 fr.

RÉVEILLE-PARISE (J.-H.). *Hygiène de l'esprit.* Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux intellectuels. 1 vol. in-16. (Bibliothèque scientifique contemporaine.)..... 3 fr. 50

REYNAUD-LACROZE (Ch.). *De la névrite et de la périnévrite optiques* considérées dans leurs rapports avec les maladies cérébrales. In-8, 72 pages..... 2 fr.

RIANT. *Le surmenage intellectuel et les exercices physiques,* 1 vol. in-16 de 320 p. (Bibliothèque scientifique contemporaine.). 3 fr. 50

— *Les irresponsables* devant la justice. 1 vol. in-16. (Bibliothèque scientifique contemporaine.)..... 3 fr. 50

ROBIN (A.). *Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale.* 1 vol. in-8, 601 pages, avec 46 fig. et 1 pl..... 9 fr.

— *Des affections cérébrales* consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif. In-8, 160 pages. 3 fr. 50

ROTH. *Histoire de la musculation irrésistible* ou de la chorée épidémique. 1 vol. in-8..... 3 fr. 50

ROUGIER. *Essai sur la lypémanie* et le délire de persécution chez les tabétiques. 1882, in-8, 128 pages..... 3 fr.

ROUSSEL (Th.). *Traité de la pellagre* et des pseudo-pellagres. Ouvrage couronné par l'Institut de France. 1 vol. in-8, 656 p. 10 fr.

SAINT-LÉGER (P. de). *Paralysie agitante.* Maladie de Parkinson. In-8, 112 pages, avec 2 photoglypties et 2 eaux-fortes..... 5 fr.

SARLANDIÈRE. *Traité du système nerveux.* In-8, avec 6 pl. 9 fr.

SCHNEPF (B.). *Des aberrations du sentiment.* In-4..... 1 fr. 50.

SÉE (Germain). *De la chorée,* rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives. In-4, 154 pages..... 3 fr. 50

SEGUIN (E.). *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots* et des enfants arriérés et retardés dans leur développement, agités de mouvements involontaires, débiles, muets non sourds, bègues, etc. 1 vol. in-12, 750 pages..... 6 fr.

SIMON (M.). *Du vertige nerveux* et de son traitement. In-4, 150 pages..... 3 fr.

SIMON (P.-M.). *Hygiène de l'esprit* au point de vue pratique de la préservation des maladies mentales et nerveuses. 2e édition. 1 vol. in-8, 173 pages..... 2 fr.

SIMON (P.-M.). *Le monde des rêves.* 1 vol. in-18, 436 p... 3 fr. 50

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE de Paris. Séance annuelle. In-8. 2 fr.

SWAN (J.) *La névrologie*, ou description anatomique des nerfs du corps humain. In-4, avec 25 pl., cartonné (24 fr.)..... 15 fr.

TARDIEU (A.). *Etude médico-légale sur la folie.* 2e édition. 1 vol. in-8, XVIII-686 pages, avec 15 fac-similés d'écriture d'aliénés. 7 fr.

TRÉLAT. *Recherches historiques sur la folie.* In-8..... 3 fr.

TRUMET DE FONTARCE. *Pathologie clinique du grand sympathique.* 1 vol. gr. in-8, 373 pages avec planches..... 7 fr.

VALENTIN (G.). *Traité de névrologie.* In-8, avec fig. (8 fr.).... 4 fr.

VALLEIX. *Traité des névralgies*, ou affections douloureuses des nerfs. 1 vol. in-8, 720 pages..... 8 fr.

VETAULT (V.). *Etude médico-légale sur l'alcoolisme.* Des conditions de responsabilité, au point de vue pénal, chez les alcoolisés. 1 vol. in-8 de 237 pages..... 4 fr.

VIMONT. *Traité de phrénologie* humaine et comparée. 2 vol. in-4, avec atlas in-folio de 134 planches contenant plus de 750 figures (450 fr.)..... 150 fr.

VIRENQUE. *De la perte de la sensibilité* générale et spéciale d'un côté du corps (hémianesthésie), et de ses relations avec certaines lésions des centres opto-striés. In-8, 40 p. avec 1 pl..... 1 fr.

VOISIN (F.). *Des causes morales et physiques des maladies mentales* et de quelques autres affections nerveuses, telles que l'hystérie, la nymphomanie, le satyriasis. 1 vol. in-8..... 7 fr.

— *De l'homme animal.* 1 vol in-8..... 6 fr.

— *Études sur la nature de l'homme.* Quelles sont ses facultés, quel en est le nom, quel en est le nombre, quel en doit être l'emploi? Tome I : De l'homme considéré dans ses facultés morales. — Tome II : De l'homme considéré sous le rapport des facultés qu'il partage avec les animaux. — Tome III : De l'homme considéré dans ses facultés intellectuelles, industrielles, artistiques et perceptives. 3 vol. in-8..... 22 fr. 50

— *Études sur la nature de l'homme.* Du droit d'exercice et d'application de toutes les facultés de la tête humaine. 1 vol. gr. in-8 de XII 177 pages..... 3 fr. 50

— *Mémoire en faveur de l'abolition de la peine de mort.* In-8, 20 pages..... 1 fr.

ZAMBACO. *Des affections nerveuses syphilitiques.* 1 vol. in-8, 596 pages..... 7 fr.

RC601 C89
Cullerre
Traité Pratique Maladies Mentales